

**CAPÍTULO I**  
**PLANTEAMIENTO Y**  
**JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA**  
**INSTITUCIONAL**

## **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

En la actualidad, las quemaduras constituyen un importante problema de salud pública y es considerada como uno de los peores traumas que puede sufrir la persona por sus implicaciones fisiológicas y psicológicas, puesto que la magnitud del trauma térmico o quemadura, está directamente relacionada con la extensión, localización y profundidad de la quemadura sumado a la capacidad de adaptación no solo biológica sino también social y psicológica del sujeto.

Una quemadura deja cicatrices, a veces amputación de miembros y en el peor de los casos ocasiona la muerte de niños, jóvenes, adultos y ancianos. La situación de las quemaduras genera una descarga afectiva asociada a un alto nivel de ansiedad, depresión y rechazo o no aceptación de sí mismo, como también conlleva a una alteración de la imagen corporal y de la autoestima.

En el mundo cada año, al menos el 1% de la población sufre quemadura y de ello el 4% requiere hospitalización. Aproximadamente 9 millones de personas quedan incapacitadas debido a las quemaduras. La mayoría de ellas se producen por quemaduras eléctricas, quemaduras de líquidos inflamables y quemaduras por explosión de gas propano. Solo en los Estados Unidos se estima que 1.25 millones de personas son tratadas anualmente por algún tipo de quemadura y aproximadamente 50.000 pacientes requieren de hospitalización.

En los Estados Unidos de Norte América el gasto en prevención y tratamiento por quemaduras asciende a 2 billones de dólares por año y dos tercios de los pacientes quemados sufren secuelas psicológicas, de acuerdo con un estudio realizado por Blumemlied y Schoeps (1993), de 68 pacientes, 16 presentaron problemas psicológicos posteriores, sueños, imágenes repentinas y fantasías acerca del accidente empiezan a ser integradas a la realidad, de forma tal que muchos los presentan después de una o dos semanas, posteriores al accidente.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2002 hubo 320.000 pacientes con quemaduras que requieren de atención médica como psicológica. De acuerdo a la asociación americana de quemaduras, que lleva el registro de 70 centros de quemados de Estados Unidos de Norteamérica en su base de datos, entre el 2000 y 2001 hubo 148.000 egresos hospitalarios por quemadura.

A nivel nacional en Bolivia, un estudio realizado por Fund Acción en coordinación con el Servicio Departamental de Salud de La Paz y el Ministerio de Salud, determinó que el 2005 y 2006, más de 2.252 personas sufrieron algún grado de quemaduras, de este número significativo, 39% son niños entre 1 a 4 años y un 20% son personas entre 25 y 59 años, que necesitan atención tanto médica reconstructiva como psicológica.

En la ciudad de Tarija, no se encuentra datos concretos fiables sobre la incidencia de las quemaduras pero en lo que va del año, en el Instituto del Quemado Marianne Glahnse registró un estimado de 21 pacientes de la gestión 2014, en donde los casos con mayor incidencia de quemaduras se presentan en varones y mujeres de diferentes edades por quemaduras de energía eléctrica y gas residual GLP, siendo en los niños (as) los accidentes más frecuentes por agua hervida que precisan de atención medica como psicológica.

Tomando en cuenta todo lo expuesto se plantea la necesidad de realizar la Práctica Institucional de intervención psicológica con el objetivo: **de brindar apoyo psicológico a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija.**

## **1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PRÁCTICA**

Por ser las quemaduras un importante problema de salud, que afecta a los pacientes en todas las esferas de la vida, pero fundamentalmente en el orden psicológico, puesto que sufrir una quemadura altera la vida de la persona y provoca un desequilibrio emocional de diversas reacciones negativas como ansiedad y depresión sentimientos

de miedo, minusvalía, tristeza, duda del cariño y aislamiento social que influye en la recuperación del paciente. Del mismo modo una quemadura no solo produce dolor sino también sentimientos de inferioridad y de autoestima. Este hecho puede afectar no solo la calidad de vida sino también, en algunos casos, la supervivencia del paciente.

Estas señales de reacción adaptativa que exacerban la situación del paciente quemado, están relacionadas con los cambios físicos, las marcas y/o cicatrices que dejan las quemaduras y con la capacidad de respuesta emocional de cada persona, en donde juegan un papel muy importante en la recuperación de las personas que sufren quemaduras.

Por tal razón la importancia de este trabajo radica en brindar apoyo psicológico a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija, mediante un programa de intervención terapéutica para el mejoramiento de su autoestima, y parte del afectivo emocional del paciente quemado.

El programa de intervención servirá de sustento **teórico** como guía de referencia a profesionales psicólogos y estudiantes que gusten de esta área, ya que cuenta con conceptualizaciones precisas acerca del paciente con quemaduras. Asimismo de guía para futuras investigaciones.

Dentro el **aporte práctico**, a partir del apoyo psicológico, el programa de intervención servirá como guía de referencia en cuanto al manejo de estrategias que ayuden a mejorar el bienestar personal de los pacientes con quemaduras, fortaleciendo e incrementado estrategias positivas de afrontamiento para su integración a la sociedad.

De la misma manera este programa servirá como base guía para la implementación de nuevos programas de intervención que ayuden el mejoramiento del paciente quemado.

**CAPÍTULO II**  
**CARACTERÍSTICAS Y OBJETIVOS DE LA**  
**INSTITUCIÓN**

## **2. CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN BENEFICIARIA**

### **2.1. Características de la institución.**

La Liga del Quemado nace por una gran necesidad en Tarija, puesto que los pacientes que presentaban quemaduras, tenían que ser llevados a la ciudad de La Paz o Sucre e incluso hasta Buenos Aires, para su atención y posterior recuperación.

La Liga del Quemado fue fundada un 22 de octubre de 1982 por varias mujeres denominadas Damas Voluntarias, pero principalmente por el empeño y voluntad de la Sra. Nelly Cortes, como primera presidenta, que por varias circunstancias deja el cargo y es sustituida por la Sra. María Luisa Canedo de Prendis quien obró desinteresadamente a favor de los quemados.

En 1994 se pone la piedra fundamental para la construcción del área del quemado gracias a la solidaridad de la Sra. Marianne Glahn quien se ofreció de manera voluntaria para la construcción del pabellón con su lema **“dar de sí sin recibir nada a cambio”**. En 1995 se concluye la construcción del pabellón del quemado recibiendo el nombre de Instituto del Quemado “Marianne Glahn” en honor a la familia Glahn. En 1998 adquiere su personería jurídica y los colaboradores iniciales del Pabellón del Quemado fueron: Monseñor Eduardo Vela, Dr. Luis Michel, Dr. Miguel Donahire, Dr. Eberto Navajas M, Dr. Jaime Terán Nieto, Dra. María del Carmen A. de Yeske, Sra. Mariana Ch, de Rollano, Sra. Betty de Balderas.

El 2001 las socias de la “Liga del Quemado “, ponen al servicio el quirófano, el equipo de anestesia y varios aparatos para el uso exclusivo del pabellón. La Liga del Quemado es una organización que cuenta con 30 años de funcionamiento y trabajo, y se solidariza con el sufrimiento de niños, niñas y adultos víctimas de quemaduras. Con este fin la Liga organiza dos grandes actividades anuales para recaudar fondos, una rifa anual y un Té Rami, además de un aporte voluntariado y mensual que recaudan entre ellas, todas estas actividades les permiten financiar la compra de medicamentos, reparaciones de infraestructura en el pabellón y otros equipamientos

que puedan ser útiles para el tratamiento de los pacientes que ingresan por quemaduras, en su mayoría de escasos recursos y del área rural. Este grupo de 28 damitas voluntarias no reciben colaboración de ninguna institución gubernamental, puesto que realizan proyectos para enviar al exterior del país y así conseguir sus recursos económicos.

El Instituto del Quemado “Marianne Glahn”, más conocido como el Hospital del Quemado, a pesar de tener una infraestructura propia y contar con varios equipos es dependiente del Hospital San Juan de Dios que asigna el personal médico, paramédico, licenciadas en enfermería, enfermeras, auxiliares y personal de servicio.

**Médicos del Pabellón:** Dr. Gilberto Rengel, Dr. Jaime Zeballos, Dr. Enrique Castellanos y el Dr. Juan Carlos Mendizábal

## **2.2. Visión del Instituto del Quemado Marianne Glahn**

Ser en el mediano plazo una unidad de quemados de referencia nacional, que cuente con el talento humano supra especializado en el manejo del paciente quemado, equipado con tecnología de avanzada, en la que se obtengan los más altos índices de recuperación de la salud, aplicando principios y valores inherentes a la excelencia.

## **2.3. Misión del Instituto del Quemado Marianne Glahn**

Brindar atención médica y de enfermería con calidad y calidez, con personal altamente calificado y comprometido, a los usuarios militares, dependientes y comunidad civil que hayan sufrido una lesión por quemadura, permitiendo su egreso con el más alto porcentaje de recuperación de la salud, en el menor tiempo posible, consiguiendo una integración total a la sociedad.

## **2.4. Servicio que ofrece el Instituto del Quemado Marianne Glahn**

Cirugía plástica, reparadora y quemados

**Ubicación.**

Se encuentra Ubicado en la calle Potosí, Junín y Santa Cruz

**Horarios de atención:**

De Lunes a Viernes, mañanas: de 8:00 a 13:00 – tardes: de 14:00 a 18:00

**2.5. TENDENCIAS A FUTURO**

Se espera a futuro ser una institución independiente, actualizada con equipamiento de tecnología avanzada y ampliación del servicio personal, lo que permitirá implementar de una manera mucho más óptima los servicios de esta institución en el manejo del paciente quemado.



**CAPÍTULO III**  
**OBJETIVOS DE LA PRÁCTICA**  
**INSTITUCIONAL**

### **III. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL**

#### **3.1. Objetivo general**

Brindar apoyo psicológico a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija.

#### **3.2. Objetivo específicos**

- ❖ Aplicar la entrevista semi-estructurada a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija, para la elaboración de un informe psicológico individual.
- ❖ Evaluar el nivel de depresión, ansiedad y autoestima a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija
- ❖ Implementar un programa de intervención terapéutica a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija, para reducir el nivel de ansiedad, depresión e incrementar la autoestima.
- ❖ Evaluar el programa de intervención terapéutica en el nivel de ansiedad, depresión y autoestima de los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija.

**CAPÍTULO IV**  
**MARCO TEÓRICO**

## **IV. MARCO TEÓRICO**

La presente práctica se encuentra enmarcada dentro de la rama de la Psicología Clínica, debido a que “la misma que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente. Esta rama abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas, utilizando conocimientos y técnicas más avanzadas” (Ruiz, 2010:3)

A partir de ello se presenta la fundamentación teórica más relevante de la práctica institucional a pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija.

### **4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Las quemaduras son tan antiguas como el fuego e incluso anteriores como consecuencia de desastres naturales. Miles de años antes de Cristo, el tratamiento de las quemaduras se limitaba a la aplicación de emplastos, bizmas eliminación de cuerpos extraños e invocaciones a deidades curativas.

Las fechas históricas de mayor importancia en el tratamiento de las quemaduras, han seguido a los progresos en el campo científico de la cirugía.

La búsqueda de sustancias para colocar sobre las heridas, atravesó por un proceso empírico de prueba- respuesta, hasta que fueron de uso común la leche de cabra, la leche materna humana, miel de abeja, apósitos de papiro, caucho y grasas de animales. El tratamiento de ese entonces, consistió en la aplicación de los elementos mencionados para protección de la herida y la conservación de esta en estado limpio.

Hipócrates, hacia el año 430 a.C. preconizó en sus escritos los objetivos principales del tratamiento de las quemaduras, muchos de los cuales, aún hoy, mantienen vigencia:

- 1.- Lavar las heridas para mantener limpias, utilizando agua hervida o vino.
- 2.- Evitar la presencia de pus.
- 3.- Mantener la herida siempre seca.
- 4.- Aplicar apósitos de grasa envejecida de cerdo, resina de pino y grasa de extracto de hulla (Betún).

En 1596 William Clowes publicó "Un rentable y necesario libro de observaciones", primer libro dedicado exclusivamente al tratamiento de las quemaduras. En 1607 el médico suizo Fabricius Hildamus publicó su libro "De combustionibus", donde diferenciaba los tres grados de profundidad en las quemaduras.

En 1833 se creó el primer hospital para quemados, este hospital, aun hoy, está de pie en la ciudad de Edimburgo. Los avances se aceleraron durante la Segunda Guerra Mundial: el gran número y la gravedad de las quemaduras proporcionaron un extenso campo de investigación para el desarrollo de nuevos tratamientos.

En los últimos 40 años el tratamiento de las quemaduras ha ido evolucionando, resultando en mayor supervivencia y mejor calidad de vida de los supervivientes (De los Santos, 1999:7).

## **4.2. LAS QUEMADURAS**

Las quemaduras son lesiones producidas en los tejidos vivos, debido a la acción de diversos agentes físicos, agentes químicos y biológicos, que al actuar sobre la piel y tejidos subyacentes producen desintegración total o parcial de los elementos que la componen. (Castillo, 2003:58-60).

### **4.2.1. Agentes etiológicos de las quemaduras.**

Los agentes causales de las quemaduras son extremadamente variados y se agrupan clásicamente en:

## **Agentes físicos**

### **a) Por Calor:**

- Metal caliente (agente sólido).
- Líquidos calientes (agente líquido).
- Vapor de agua (agente gaseoso).
- Llama (agente el fuego)
- Corriente Eléctrica (descargas eléctricas de alto y bajo voltaje)
- Radiaciones (sol rayos UV, rayos X, energía atómica)

### **b) Por Frio:**

Producidas por hipotermia o congelación (temperatura inferior a 0°C)

## **Agentes Químicos:**

- Ácidos,
- Alcalis, Medicamentos (Urticantes, Queratinolíticos), y otros: agentes reductores, oxidantes, corrosivos, etc.

## **Agentes Biológicos:**

- Seres Vivos (insectos, medusas, etc.).

### **4.2.2. Clasificación de las quemaduras**

Las quemaduras suelen clasificarse según su extensión, profundidad y localización.

#### **Según su extensión.**

La extensión de una quemadura se expresa como porcentaje de superficie corporal quemada (SCQ) y para su cálculo se emplea la tabla según la edad de “Lurd y Browder” más conocida como la Regla de los “9” y la Regla de la Palma de la Mano, que representa aproximadamente el 1% de la superficie corporal.

### **Según su profundidad:**

Para diagnosticar la profundidad de la quemadura se recomienda utilizar cualquiera de las tres clasificaciones más conocidas en nuestro medio: Benaim, Converse-Smith, o ABA (American Burns Association), todas igualmente válidas y clínicamente certeras. Sin embargo, la clasificación en grados de Converse-Smith es la más ampliamente utilizada y aplicada en investigaciones científicas y clínicas.

- **Quemadura de primer grado:** Es la más superficial, dolorosa y afecta únicamente a la epidermis, exteriormente se distinguen por ser lesiones levemente inflamatorias, donde se conserva la integridad de la piel y suelen ser el resultado por una exposición prolongada al sol, exposición brevísima al fuego, o por escaldadura de agua hervida. Estas quemaduras no producen secuelas histológicas y su curación espontánea suele ser de 3 a 5 días.
- **Quemadura de segundo grado:** Se considera una quemadura de segundo grado, cuando se queman la capa externa de la piel, la epidermis y la capa superficial o profunda de la dermis. Las quemaduras de segundo grado se subdividen: en superficial y profundo:
  - ***Quemadura de segundo grado superficial:*** Son aquellas quemaduras que solo afecta a la epidermis y el nivel más superficial de la dermis, comúnmente son producidas por líquidos calientes o por exposición breve al fuego y se caracterizan por presentar ampollas. El área de lesión presenta un aspecto húmedo por la acción de la energía calórica, de color rosado y gran sensibilidad al tacto u otros estímulos. Estas lesiones pueden curarse espontáneamente en 14 a 21 días, a partir de los elementos epidérmicos locales, folículos pilosos y glándulas sebáceas: producen secuelas de despigmentación en la piel, si evolucionan de forma natural, no dejaran cicatrices.
  - ***Quemaduras de segundo grado profundo:*** Es cuando abarcan las capas profundas de la dermis. Los agentes etiológicos suelen ser el fuego directo o la acción de líquidos calientes, son dolorosas y profundas de aspecto pálido o de color rojo brillante, de consistencia dura o pastosa, puede haber o no ampollas.

Estas quemaduras se curan de forma espontánea en un tiempo aceptable de 21 días, si en esos días no se cura es posible obtener mejores resultados con autoinjertos, producen deformidades y retracciones cicatriciales groseras.

- **Quemaduras de tercer grado:** Son aquellas que implican la destrucción completa de todo el espesor de la piel. El paciente manifiesta una anestesia local debido a la afectación de las terminaciones nerviosas, Comúnmente son producidas por exposición prolongada a líquidos muy calientes, fuego directo intenso, electricidad y a casi todos los agentes químicos fuertes. Las quemaduras de tercer grado ocupan todo el espesor de la piel llegando a quemarse la grasa y la fascia subcutáneos, músculos, tendones o huesos; estas últimas en realidad, serían las llamadas quemaduras de cuarto grado. Este tipo de quemaduras no se regeneran, se comportan como un tejido necrótico desvitalizado en su totalidad cuya remoción completa es obligatoria mediante intervención quirúrgica. Las mayores secuelas pos-quemaduras de tercer grado incluyen: cosméticas funcionales, amputaciones y pérdida de órganos.

### **Según su localización**

La descripción detallada de la localización de las lesiones determinarán los criterios de tratamiento a seguir. Es así como debe considerarse el compromiso de las unidades Estético Funcionales y Localizaciones especiales.

#### **4.2.3. Tratamiento médico**

Según Benaim F. (1993) El mejor tratamiento de las quemaduras es su prevención y las etapas de recuperación del paciente quemado son:

**Shock:** Toda quemadura produce una reacción inicial de shock debido al dolor y el stress depende de la gravedad de la lesión. El sujeto a menudo está desorientado, desconectado de la realidad y permanece con sueño por el efecto de la anestesia.

**Fase de aguda:** Se caracteriza por el edema (hinchazón) apreciable a simple vista, y la inestabilidad hemodinámica. A partir de este momento el psicólogo puede empezar



su intervención dependiendo del estado de cada paciente. En esta fase hay difícil manejo del dolor, existen sentimientos de culpa y hay rechazo al tratamiento.

**Fase de adaptación:** Hay cicatrización de las lesiones más superficiales, hay aceptación del tratamiento, se aumenta de peso, aumenta el apetito, el paciente empieza el proceso de adaptación de su nueva realidad, hay conciencia de su situación y de lo que tiene que enfrentar al salir del hospital.

**Fase de recuperación:** La cicatrización es completa, se puede movilizar hay funcionamiento de todos los órganos y es el momento de la reinserción familiar, laboral y social, a la vez de la adaptación psicológica del sujeto. En esta fase el sujeto quemado ya no está bajo los efectos terapéuticos de los medicamentos y su enfrentamiento inminente con la nueva situación debe ser prioridad del psicólogo.

#### **4.3. EL DOLOR PSICOLÓGICO Y LAS PÉRDIDAS EN PACIENTES QUEMADOS**

De los Santos Gonzales, (2004) ha destacado el papel del control del dolor, se enfoca además en el dolor proveniente de las pérdidas.

Todo paciente que ha sufrido una quemadura o una lesión grave, ha sufrido una pérdida de: una función, un rol, independencia, la sensación de seguridad en el mundo, tal vez en su hogar, sus posiciones o a sus seres queridos. En algunos casos, la pérdida puede ser evidente, pero no siempre. Antes de llevar a cabo la intervención terapéutica, debe conocerse qué es lo que la persona perdió, es decir debe conocerse el significado profundo de las pérdidas, que a veces no es tan aparente. No solo puede pasar inadvertido para el terapeuta el significado verdadero de la pérdida, sino que el paciente puede necesitar ayuda para clarificar el objeto de ésta.

El proceso después de las quemaduras severas pasa por cuatro etapas, tres durante la hospitalización y una en la casa.

- 1° etapa: “Aguda” está dominada por mecanismos de defensa y defensas de emergencia.
- 2° etapa: con frecuencia, se inicia después de dos semanas, en ella los factores psicológicos se fortalecen.
- 3° etapa: el paciente entra en la tercera etapa, donde las destrezas sociales influyen en los pensamientos y sentimientos.
- 4° etapa: se da cuando el individuo de nuevo se ajusta a la familia, trabajo y sociedad.

Además plantea dos etapas importantes por las cuales atraviesan las personas con secuelas de quemaduras:

- **Fase Aguda o Inmediata**

Es la etapa en la cual el paciente lucha por su vida, generalmente abarca de dos a cuatro semanas. El mismo se preocupa por la adaptación al cambio abrupto sufrido, en su paso de la salud anterior a la situación de crisis y de estar en peligro de muerte.

El estrés y el impacto psicológico son muy intensos; por esta razón se utilizan defensas primitivas como negación y represión, con el propósito de protegerse de la seriedad de su situación. Además puede presentar delirios, insomnio, sentimientos depresivos y ansiedad; los mismos tienden a agudizarse en la noche y es común en pacientes con grandes extensiones del cuerpo quemadas.

- **Fase de Reintegración o de Convalecencia.**

En la segunda fase hay un ajuste al impacto. Ya pasó el peligro de muerte y se empieza a luchar con el dolor constante de los tratamientos y además se examina la calidad de su futura vida. Se aumenta el contacto con el personal médico, enfermeras y familiares. Las reacciones psicológicas normales son:

- El miedo (en relación a los tratamientos), la ansiedad acerca de su futuro funcionamiento.
- La depresión moderada, como resultado de la pérdida de funciones, del desfiguramiento y la separación de los seres queridos.

La brusquedad de los síntomas mencionados, resulta patológica y puede dar como resultado depresiones severas, regresiones o psicosis.

#### **4.4. LA DEPRESIÓN**

La definición académica sitúa esta enfermedad como el *síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de casi todas las funciones psíquicas, que da lugar a cinco series de síntomas: físicos, psicológicos, de conducta, cognitivos (intelectuales), asertivos y sociales*. Esta enfermedad deja sin energías, sin ganas de hacer nada.

En realidad es difícil dar una definición exacta y la anterior nos sitúa momentáneamente frente al tema al hablar de depresión, no nos referimos a una enfermedad de bordes definidos, sino a un trastorno que puede manifestarse de muchas formas, pues afecta a lo más profundo del ser humano y cada uno guarda en su seno un estilo propio e irrepetible cuyas características se manifiestan tanto en su personalidad como en los trastornos que sufre. (Rojas, 2006; pág. 17).

En un lenguaje corriente, depresión se refiere a una sensación de malestar relacionada con síntomas como tristeza y angustia, pero también contrariedad, mal humor, frustración, como consecuencia de algo negativo que ha sucedido. A menudo, lo que se conoce coloquialmente como depresión no es tal cosa, al menos desde el punto de vista médico. La frustración, la contrariedad o la tristeza son sentimientos negativos que surgen como reacción ante un hecho adverso, pero experimentar tales estados, no supone ni mucho menos estar deprimido. La verdadera depresión es un estado de hundimiento terrible que cualitativa y cuantitativamente es mucho mayor que cualquier decaimiento producido por los avatares de la vida. El sufrimiento de la

depresión puede llegar a ser tan profundo que solo se vea, como salida de ese túnel, el suicidio.

La depresión suele causar grandes sufrimientos al enfermo. Su difícil clasificación como proceso morboso, su efecto negativo en las relaciones familiares y sociales, su influencia en la desvalorización de la propia personalidad, que se manifiesta en sentimientos derrotistas y en el enorme contraste entre la imagen que el propio paciente tiene de sí mismo y su realidad han hecho que se le considere como la enfermedad de las paradojas. Por ejemplo, un hombre joven fuerte y saludable, teme carecer de los recursos financieros necesarios para alimentar a sus hijos (Calderón, 1984; pág. 11).

Puede ser de tipo reactivo (de afuera) o endógeno (de adentro). En el primer caso, constituye la respuesta hacia un estímulo externo que ocasiona duelo, la muerte de un ser querido o la pérdida de un trabajo; sin embargo cuando este no logra superarse, se transforma en depresión y pierde relación con el estímulo inicial. En el segundo caso, se trata de procesos que nada tienen que ver con la realidad, la persona simplemente se deprime sin existir una causa real. Una tercera postura considera en el estado depresivo pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos. Realmente es difícil de encontrar una alteración física que no afecte el estado de ánimo y el cuerpo solo se puede desgajar teóricamente.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a varios miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. Esto parece darse en el caso de trastorno bipolar. Los estudios de familias con miembros que padecen de trastorno bipolar en cada generación, han encontrado que aquellos que se enferman tienen una constitución genética algo diferente de quienes no se enferman.

Las personas con poca autoestima se perciben así mismas y al mundo en forma pesimista y que se abruma fácilmente por el estrés, están predispuestas a la depresión. No se sabe con certeza si esto presenta una predisposición psicológica o una etapa temprana de la enfermedad.

Siendo que “el trastorno depresivo es un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas”, se observa que el síntoma más característico de la depresión es que el paciente se siente como hundido, con un peso agobiante sobre su existencia, sobre su vitalidad que cada vez lo entorpece más y más para vivir en plenitud.

#### **4.4.1. Síntomas de la depresión**

**Tristeza patológica:** Se diferencia de la tristeza, que puede ser un estado de ánimo normal como la alegría, cuando alcanza un nivel tal que interfiere negativamente en la vida cotidiana, tanto en lo social, como en lo familiar y lo sexual. Aparece sin motivos o tras un acontecimiento significativo. Llegando a ser una sensación muy profunda y arrasadora, tanto que el paciente se siente “en baja” tal como si hubiera perdido las ganas y el placer de vivir, considerándose incapaz de brindar amor y afecto lo cual incrementa sus sentimientos de culpa.

**Desgano y anhedonia:** El sujeto se torna apático, no tiene ganas de nada (ni siquiera de vivir) y nada le produce placer.

**Ansiedad:** Es la acompañante habitual del deprimido, que experimenta una extraña, desazón, como un trasfondo constante. Cuando la ansiedad prima en el cuadro clínico, estamos frente a una depresión ansiosa. Por lo contrario, cuando predomina la inhibición, se trata de una depresión inhibida; quienes la padecen son personas malhumoradas, irritables y agresivas.

**Insomnio:** Al individuo le cuesta conciliar el sueño y además, se despierta temprano y de mal talante. En algunos casos, que contribuyen minoría, puede presentarse la hipersomnia (exceso de horas de sueño).

**Alteraciones del pensamiento:** Imagina tener enfermedades de todo tipo; surgen ideas derrotistas, fuertes sentimientos de culpa, obsesiones. El pensamiento sigue un curso lento y monocorde, la memoria se debilita y la distracción se torna fuerte.

**Alteraciones somáticas:** Por lo común surgen dolores crónicos o erráticos así como constipación y sudoración nocturna. Se experimenta una sensación de fatiga o cansancio.

**Alteraciones del comportamiento:** El paciente tiene la sensación de vivir arrinconado, rumiando sus sinsabores. Puede estar quieto, de manos cruzadas o explotar en violentas crisis de angustia o en ataques de llanto por motivos insignificantes. Le resulta difícil tomar decisiones y disminuye su rendimiento en el trabajo.

**Modificaciones del apetito y del peso:** La mayoría de los pacientes pierde el apetito y, en consecuencia, provoca la disminución de peso.

**Pérdida del placer:** En lo sexual, se llega a la impotencia del hombre o a la frigidez en la mujer; también disminuye y tiende a desaparecer el contento en el trabajo, en el deporte y en los juegos y otras actividades que anteriormente le eran gratificantes.

**Culpa excesiva:** Siente con exceso la carga de culpa inexistente, lo cual puede desembocar en delirios.

**Pensamiento suicida:** Los pacientes presentan una preocupación exagerada por la muerte y la alimentan sentimientos autodestructivos.

**Disminución de la energía:** Se produce un cansancio injustificado, a veces con variaciones durante el día, muy a menudo más acentuado por la mañana que por la tarde.

#### **4.4.2. LA DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON QUEMADURAS.**

La depresión es una enfermedad psíquica caracterizada por un descenso del estado de ánimo, que vive como tristeza, apatía, decaimiento, falta de ganas, melancolía y un acordeón de vivencias afectivas en esa misma línea. (Rojas, 2006; pág.387)

De los Santos, (1999:123) Considera que la depresión es el mayor problema en la recuperación de los pacientes con quemaduras. Es una respuesta esperada en las

pérdidas producidas por las lesiones (pueden tratarse de pérdidas de funciones del cuerpo, familiares o de trabajo). Estas producen ansiedad y también pueden generar depresión, manifestándose de muchas formas. Los pacientes pueden hablar de tristeza o expresar tristeza en su expresión facial, el apetito disminuye, hay pérdida de peso, trastorno del sueño y paralelamente disminuye la actividad psicomotora al despertar por la mañana: todas son señales de humor depresivo.

La depresión mayor no se inicia con los pensamientos recurrentes, o recuerdos tristes de la pérdida, sino cuando estos le dan un significado a la pérdida que daña su autoestima. Los pacientes que han sufrido amputaciones, pueden percibirse como desfigurados y acompañarse esta percepción de culpa irracional y autoacusaciones.

#### **4.5. LA ANSIEDAD**

La ansiedad es la reacción del organismo a nivel psicofisiológico, de forma transitoria, que en fases más o menos rápidas, se producen como una defensa ante lo que se considera una amenaza de su equilibrio habitual, ya sea de forma positiva o negativa, (Núñez, 2007; pág. 21).

La ansiedad es diferente del miedo. El miedo implica la presencia de un peligro conocido. La intensidad de miedo es más o menos proporcional al grado de peligro. En términos generales, el miedo es una emoción deseable porque conduce a algo útil como, ejemplo, evitar el peligro. La reacción emocional a una situación amenazadora depende de la interpretación que el individuo hace de la misma. El peligro puede ser dominado mediante ataque, la emoción será la cólera, también se puede usar la huida. Los profesionales de la salud, distinguen el miedo de la ansiedad, en relación a la presencia real de peligro en el miedo y en la ansiedad que no exista factor reconocido o siga a una evocación inconsciente.

Todas las personas han sentido alguna vez un estado ansioso, producido por diversos aspectos, a la ansiedad se la define como: “Un estado emocional particularizado en el individuo experimentando como una excitación emocional, con participación

psicofisiológica, con síntomas de inquietud interior, aprehensión, preocupación, expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida”. (Castañón, 1991; pág. 37).

Rojas maneja dos conceptos: ansiedad de estado y ansiedad de rasgo con los cuales se puede trabajar y son muy parecidos, el primero expresa que “la ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva en la que el individuo se encuentra en un estado activamente neurofisiológico de hipervigilancia, es emocional”; pero en un concepto que se manejará en este estudio apunta que “consiste en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada”; como se puede ver, es una noción que abarca amplios campos con los que se trabajaron. (Rojas, 1989; pág. 27,28).

Se puede describir como una trayectoria que desde la ansiedad desemboca en la depresión, La ansiedad es el punto de partida. Desde allí se inicia un atajo que va a conducir al aburrimiento. Las crisis de la ansiedad o de los ataques de pánico, así como la ansiedad generalizada, conduce a un cierto cansancio psicológico, que planea sobre un peculiar estado de ánimo, que es el aburrimiento; sentimiento de vacío y neutralidad frente a cuanto rodea a ese sujeto. Todo cobra un carácter monótono y pesado, plomizo, repleto de indiferencia, soporífero, centrado en el bostezo”.

La ansiedad es una emoción que se experimenta como amenaza (física y psíquica) existiendo un centro cerebral de alarma responsable de estos fenómenos.

Se puede distinguir cuatro lugares importantes desde donde pueden originarse distintos niveles de ansiedad.

**1.- Lo endógeno.-** Depende de lo genético, la herencia y los cambios internos del organismo.

**2.- Lo biológico.-** Muchas enfermedades físicas producen ansiedad, cáncer, enfermedades tiroideas, el consumo de drogas.



**3.- Lo psíquico.-** Se refiere a la articulación de los diferentes momentos biográficos, que se dan cuando se analizan o recorre la propia vida, como los traumas biográficos, factores predisponentes, factores desencadenantes.

**4.- Lo social.-** Los aspectos más llamativos que la provocan son: la soledad, incomunicación, el aislamiento, tipos de vida excesivamente monótonas y la desocupación son factores ansiógenos.

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo.

Manifestaciones de la ansiedad:

**Síntomas Físicos.-** Estos síntomas aparecen por ciertas estructuras cerebrales donde se encuentran las bases neurofisiológicas de las emociones. Se puede decir que la ansiedad se produce por descargas de adrenalina, las cuales logran un estado inquietante en el sujeto, mas aun en un estado de depresión.

Los síntomas más frecuentes son:

Palpitaciones.

Sudores.

Sequedad de la boca.

Sensaciones de falta de aire.

Pellicos gástricos.

Nudo en la garganta.

Temblores y rubores.

**Síntomas Psicológicos.**-Estos son muy importantes, pues sus manifestaciones somáticas se desarrollan en un nivel psicológico fundamental. La ansiedad aflora sobre sujetos con capacidad psicológica de introspección, de autoanálisis, de capacidad para meterse en su afectividad, sentimientos y emociones. Estos síntomas se los descubre a través del lenguaje verbal.

Los síntomas que más aparecen son:

Inquietud.

Desasosiego.

Vivencias de amenazas

Temores difusos.

Disminución de la atención.

Temores de muerte, locura y suicidio.

**Síntomas de conducta.**- Son aquellos que se pueden observar desde afuera en otra persona, y no es necesario que hablen para darse cuenta, pues lo que se registra es el comportamiento de la persona.

Los síntomas más frecuentes son:

Hipervigilancia.

Atención expectativa.

Dificultad para la acción.

Bloqueo afectivo.

Inquietud motora.

**Síntomas intelectuales.-** Se habla de las manifestaciones cognitivas, las cuales abarcan el conocimiento de los sujetos. Es claro mencionar que el conocimiento de la persona se procesa en el cerebro, pues este mismo lo almacenará y abarcará varios conceptos como la sensación, percepción, memoria, pensamiento.

Entre los más habituales están:

Falsas interpretaciones de la realidad.

Pensamientos preocupantes y distorsionados.

Tendencia de duda.

Problemas de memoria.

**Síntomas asertivos.-** También son llamados trastornos en las habilidades sociales, que tiene mucho que ver con aquella conducta que hace y dice lo que es más adecuado a cada situación, sin inhibiciones, ni agresiones adecuadas. También tiene mucho que ver con expresar juicios y sentimientos positivos y negativos frente a cualquier persona, situación o cosa.

#### **4.5.1 Ansiedad adaptativa**

La ansiedad es una manifestación esencialmente afectiva, esto quiere decir que se trata de una vivencia o experiencia interior que podemos calificar de emoción, con características apuntadas para la misma, a esto se señala un estado de activación neurofisiológica que consiste en una puesta en marcha de los mecanismos que controlan la vigilancia. La consecuencia será un estado de hipervigilancia en la persona. La psicofisiología aquí seguida es similar a la del miedo y no es otra cosa

que una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico. Al mismo tiempo esta ansiedad es adaptativa ya que ayuda a enfrentar situaciones de riesgo y peligrosidad (si su intensidad no es excesiva) a ciertos requerimientos y exigencias de la vida. (Rojas, 1989; pág. 29-30).

#### **4.5.2. LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON QUEMADURA**

La ansiedad es otra emoción común en pacientes quemados; emerge porque la persona experimenta el trauma como una situación peligrosa, que hace surgir miedos básicos y refieren siete tipos de ansiedad en estos pacientes la amenaza básica a la integridad narcisista, miedo a los extraños, miedo a la separación, miedo a perder el amor y la aprobación, miedo a lesionar o perder partes del cuerpo y miedo a perder el control de las funciones del cuerpo.

#### **4.6. LA AUTOESTIMA**

Resulta necesario abordar la autoestima como un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. (Alcántara, J.A., 1993:15).

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada vinculada a un concepto positivo de uno mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Para Alcántara (1990), citado por los De Los Ríos (1999; pág. 16) Afirma que la autoestima no es innata, es adquirida y se genera como resultado de la historia de

cada una de las personas, esto dependerá de las relaciones interpersonales y de comunicación que existe entre los miembros de una familia. Este autor opina que la autoestima tiene su origen en dos vertientes, la primera es la observación de uno mismo, sobre la base de una serie de sucesivas auto evaluaciones referidas a los niveles alcanzados personalmente, la segunda se refiere a la asimilación e interiorización de la imagen y opinión que los demás tienen y proyectan de nosotros.

La autoestima primeramente se origina en el seno familiar en las relaciones interpersonales con el contexto social que puede rodear al individuo, llámense colegio, parientes, amigos.

#### **4.6.1. Componentes de la autoestima**

Este último autor considera la autoestima como “una estructura consciente de naturaleza dinámica y no estática, por lo tanto esta puede crecer, arriesgarse e interconectarse con otras actitudes, también puede debilitarse, perder valor y desintegrarse”. La autoestima posee tres componentes, que operan íntimamente correlacionadas de manera que una modificación en cualquiera de ellos influiría en los otros, estos son:

**El componente Cognitivo**, indica idea, opinión, creencia y procesamiento de la información acerca de sí mismo. Es un conjunto de auto esquemas que organizan las experiencias pasadas y son usadas para interpretar y reconocer estímulos relevantes en los aspectos sociales.

**El componente Afectivo**, conlleva la valoración de lo que la persona tiene de positivo o negativo, relaciona un sentimiento de lo agradable y lo desagradable que puede ver la persona en sí mismo. Este elemento es considerado el núcleo de la autoestima, es donde se formula la ley principal que gobierna su dinámica, a mayor carga afectiva, mayor potencia de autoestima.

**El componente Connotativo o Intelectual**, significa tensión, intensidad o decisión de actuar, de llevar a la práctica un comportamiento consecuente y coherente, es la

autoafirmación de su propio yo. Para este autor la autoestima, condiciona el aprendizaje, ayuda a superar las dificultades personales, fundamenta la responsabilidad, apoya la creatividad, posibilita una relación social saludable, garantiza la autonomía personal, y la proyección futura de la persona. Por lo que se constituye en el núcleo de la personalidad, ya que es la fuerza más profunda del hombre en su tendencia a llegar a ser el mismo.

Entre las áreas que forman la autoestima están: el autoconocimiento, el autoconcepto, la autoevaluación, la autoaceptación, y el autorespeto.

**Autoconocimiento.-** Es conocer las partes que componen el yo, cuáles son sus manifestaciones, necesidades, habilidades y debilidades; los papeles que vive el individuo y a través de los cuales es, en otras palabras, autoconocimiento es: Conocer por qué y cómo actúa y siente el individuo. Al conocer todos sus elementos, que desde luego no funcionan por separado sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro, el individuo logrará tener una personalidad fuerte y unificada; si una de estas partes no funcionan de manera eficiente, las otras se verán modificadas y su personalidad será insegura, con sentimientos de ineficiencia y desvaloración.

**Autoevaluación.-** Refleja la capacidad interna de calificar las situaciones: si el individuo las considera “buenas”, le hacen sentir bien y le permiten crecer y aprender, por el contrario si las percibe como “malas”, entonces no les satisfacen, carecen de interés y le hacen sentirse devaluado, mal, incompetente para la vida, no apto para comunicación eficaz y productiva.

**Autoconcepto.-** Es una serie de creencias y valores que presenta uno mismo, tiene que ver con el juicio de las demás personas con el respecto a la conducta de uno mismo, aporta a construir la propia imagen y la seguridad o inseguridad en sí mismo.

**Autoaceptación.-** La persona reconoce e identifica sus propias potencialidades y debilidades. Es importante aceptarse de manera auténtica, sin cambiar la realidad para mejorar la seguridad de la persona y evitar dañarla.

**Autorespeto.-** Es atender y satisfacer las propias necesidades y valores. Expresar y manejar en forma conveniente sentimientos y emociones, sin hacerse daño, no culparse, tiempo para atenderse, cuidarse, protegerse y darse a sí mismo.

Todos necesitan tener buena autoestima porque ésta permite mantener valores morales y experimentar plena satisfacción a través de pensamientos y acciones; accediendo así al individuo desarrollar una adecuada y productiva adaptabilidad social; el nivel de autoestima determina nuestra forma de ver y afrontar la vida. Es así que *José Vicente Bonet* identifica dos niveles básicos:

#### **4.6.2. Características de persona con alta autoestima**

Una persona con autoestima elevada presenta por lo general las siguientes características:

- Cree firmemente en ciertos valores y principios, está dispuesta a defenderlos.
- Es capaz de obrar según sus propias convicciones sin sentir culpa.
- No pierde tiempo preocupándose por el pasado, ni por el futuro, aprende del pasado y proyecta para el futuro.
- Confía en su capacidad para resolver sus propios problemas.
- Se considera y siente igual que cualquier otra persona, ni superior, ni inferior.
- Se considera interesante y valiosa para los demás.
- Es capaz de disfrutar en las diversas actividades que realiza.
- Es sensible a los sentimientos y necesidades de los demás.

#### **4.6.3. Características de persona con baja autoestima.**

Una persona con baja autoestima cumple las condiciones siguientes:

- **Autocrítica rigorista;** crea un estado habitual de insatisfacción consigo misma.
- **Hipersensibilidad a la crítica;** le hace sentirse fácilmente atacada.
- **Indecisión crónica;** por miedo exagerado a equivocarse.

- **Deseo excesivo de complacer;** no se atreve a decir “no” por temor a desagradar a los demás.
- **Perfeccionismo autoexigencia;** que le llevan a sentirse mal cuando las cosas no le salen con la perfección exigida.
- **Culpabilidad neurótica;** Se condena por conductas, que no siempre son malas, exagera la magnitud de sus errores y los lamenta indefinidamente sin llegar a perderse por completo.
- **Hostilidad flotante:** irritabilidad constante.
- **Actitud súper crítica;** casi todo le disgusta y decepción proclive.
- **Tendencias depresivas;** Es a sentir un desgano del gozo de vivir (Bonet, J.V., 1997: 29-330).

#### **4.6.4. LA AUTOESTIMA EN LOS PACIENTES CON QUEMADURAS**

Una quemadura disminuye nuestro autoestima, porque afecta nuestra identidad y en ocasiones nuestra autoimagen, aumentando nuestra dependencia y sentimientos de incapacidad. La autoestima comprende la conciencia que cada uno tenemos acerca de nosotros mismos, de cuales sin los rasgos de nuestra identidad, cualidades y características más significativas de nuestra manera de ser y el sentimiento, aprecio y amor que experimentamos hacia nuestra propia persona, la consideración que mantenemos hacia nuestros intereses, creencias, valores y modos de pensar (Rodríguez 1998).

Cuando la imagen es alterada surge un importante cambio en sí mismo, un individuo con graves quemaduras en su cuerpo se ve obligado a cambiar su estilo de vida (uso permanente de férulas y prótesis) asociados por consiguiente a conflictos emocionales y a una gran carga afectiva de difícil manejo por las implicaciones sociales frente a su nuevo aspecto entrando en juego su sistema de creencias y su relación con el proceso de adaptación frente a una nueva imagen corporal.



## **4.7. APOYO PSICOLÓGICO**

Consiste de realizar terapia psicológica, o simplemente terapia, es un tratamiento que busca estimular pensamientos, sentimientos, sensaciones y conocimientos que tiene el paciente.

Tiene como recurso principal hablar, aunque a veces se usan otras técnicas dibujar, escribir, actuar, etc. Con la terapia se busca cambiar el dialogo la combinación, el pensamiento, las ideas y cambiar el comportamiento, lo que se logra es mejorar la salud mental del paciente. Con la terapia se aprenderá nuevas formas de pensar y afrontar situaciones cotidianas, los problemas, y sobre todo aquello que causa malestar. Se aprende a ser dueños de nuestros pensamientos y nuestras sensaciones, lo cual genera beneficios en todos los aspectos de la vida, incluso en la salud del cuerpo.

El apoyo psicológico y los cuidados psíquicos al paciente son instrumentos fundamentales para afrontar adecuadamente la enfermedad, la recuperación de la salud o el mantenimiento de la misma. (Portillo y otros, 2002:13)

El apoyo psicológico debe acompañar a cualquier intervención sanitaria, ya sea de promoción de la salud, prevención o curación de la enfermedad, rehabilitación o reinserción. Esto supone reconocer que los cuidados de enfermería parten de una atención integral al paciente.

### **4.7.1. La terapia breve en caso de intervención**

Las intervenciones en caso de emergencia deben ser breves y aplicarse en momentos de urgencia: cuando la presión de la tensión pueda estar llevando a lo que se denomina trastorno. Por lo general lo que interesa primeramente al terapeuta es aliviar la emergencia psicológica del momento. (Lori6n, 1988: 535)

Dentro de las terapias orientadas hacia la emergencia se describen cuatro niveles de intervenci6n:

- El primer nivel, el terapeuta sirve como fuente de referencia y ayuda a los pacientes a encontrar un servicio adecuado de tratamiento psicológico o médico.
- En el segundo nivel, el terapeuta da apoyo escuchando al cliente a fin de ayudarlo a recuperar su sentido de valor y respaldo.
- La característica del tercer nivel es que el terapeuta trata de resolver la crisis específica, sin hacer referencia a la personalidad del cliente.
- El nivel de intervención en caso de emergencia lo determina a veces la duración del contacto que el terapeuta y el cliente esperan tener.

#### **4.7.2. Terapia cognitivo – conductual**

La terapia cognitivo-conductual es una integración de dos teorías que nacieron inicialmente de forma separada para dar respuesta a los desórdenes psicológicos: la teoría conductual y la teoría cognitiva. La teoría conductual en su forma más estricta se enfoca exclusivamente en el comportamiento observable y medible e ignora todos los eventos mentales. Esta teoría contempla la mente como una “caja negra” que no puede entenderse fácilmente y por tal motivo, no es un foco de atención para un intento de cambio de actitud. Esta terapia cognitiva se centra en el rol que ejercen las cogniciones y como estas determinan los sentimientos y las conductas. (Moreno y Otros, 2011:4)

El enfoque cognitivo-conductual tiene como objetivo comprender todos los conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar total o parcialmente aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad. La Terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia para la depresión y la ansiedad, donde su hipótesis central expone que la reformulación de percepciones distorsionadas mejoran las emociones que se asocian a dichas percepciones.

### **4.7.3. Terapia existencial-fenomenológica**

La terapia existencial ayuda a las personas frente a los problemas de la vida diaria, tales como las dificultades de relación, problemas de ansiedad y los problemas de aceptación del esquema corporal. La terapia existencial reconoce que a lo largo de nuestra vida nos enfrentamos a momentos que pueden ser bloqu coastantes, pudiendo precipitar comportamientos y respuestas aparentemente irracionales. Al reflexionar sobre estas respuestas y por medio del auto-conocimiento y la auto-conciencia las personas son capaces de superar y crecer en lugar de consumirse ante las adversidades. El papel del terapeuta existencial es el de trabajar junto al cliente en la exploración de sus valores, de sus ideales y potenciar las decisiones que le hagan comprometerse con su futuro.

**CAPÍTULO V**  
**DISEÑO METODOLÓGICO**

## **V. DISEÑO METODOLÓGICO**

La presente práctica se encuentra enmarcada dentro de la rama de la Psicología Clínica, debido a que “la misma que investiga y aplica los principios de la Psicología a la situación única y exclusiva del paciente. Esta rama que abarca la investigación, explicación, comprensión, prevención, evaluación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas, utilizando conocimientos y técnicas más avanzadas” (Ruiz, 2010:3)

A partir de ello se presenta la fundamentación teórica más relevante de la práctica institucional a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija.

### **5.1. Descripción sistematizada de la P.I.**

Tomando en cuenta los objetivos de la P.I. Se desarrollaron en las siguientes fases:

#### **FASE 1: Aproximación de la población**

En esta primera fase se realizó un acercamiento a la población, objeto de la investigación, con la finalidad de establecer un buen rapport.

#### **FASE 2: Aplicación de los instrumentos**

1. Se procedió a la aplicación de la entrevista semi-estructurada a los pacientes.
2. Se procedió a la aplicación de los instrumentos: Escala de Depresión de Beck, Test de la Ansiedad de Enrique Rojas y al Cuestionario de Autoestima 35B.

#### **FASE 3: Diagnóstico**

Una vez administrados los instrumentos se procedió a la revisión de los test y a la elaboración de los informes psicológicos individuales de los 16 pacientes.

#### **FASE 4: Ejecución del programa de intervención**

Se implementó el programa de intervención, modificado de acuerdo a los resultados obtenidos en el diagnóstico.

El programa de intervención se basó en brindar apoyo psicológico a pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn para reducir el nivel de depresión, ansiedad e incrementar su autoestima.

Cabe señalar que hubo un previo Convenio Institucional con el Instituto donde se aprobó el programa de intervención el mismo que comenzó a desarrollarse el 5 de marzo del 2014, con una duración de 500 horas de práctica y se concluyó el 04 de julio del mismo año.

El desarrollo de las sesiones fueron trabajadas de manera individual y algunas sesiones de pareja debido al estado delicado del paciente.

### **FASE 5: Evaluación Final**

En esta fase se realizó una evaluación final de la post-prueba para conocer los progresos que se logró con la implementación del programa de intervención diseñado.

Se evaluó si el programa tuvo efectos positivos en reducir el nivel de depresión y ansiedad de los pacientes y si se logró incrementar su autoestima.

### **5.2. Características de la población beneficiaria**

La población beneficiaria de la presente Práctica Institucional estuvo conformada por todos los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija.

La cantidad de pacientes con la que se trabajó para implementar el programa, estuvo conformada por 16 personas de sexo femenino y masculino que fueron internados/as el 05 de marzo al 04 de julio del 2014, siendo 8 mujeres y 8 Varones entre 18 a 60 años, que ingresaron por diferentes tipos de quemaduras. (Ver Cuadro N°1).

## Cuadro N°1

### Población Beneficiaria

EIDADES	SEXO		TOTAL
	Femenino	Masculino	
18-20 años	1	-	1
21-30 años	4	1	5
31-40 años	2	1	4
41-50 años	-	4	4
51-60 años	1	2	3
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>16</b>

### 5.3. Métodos, técnicas y materiales a ser implementados en la P. I.

A continuación se detallan los métodos, técnicas e instrumentos que se implementaron en la Práctica Institucional.

Los **métodos** que se utilizaron en la Práctica Institucional (P.I.) fueron los siguientes:

**Método teórico.-** Encargado de la recopilación bibliográfica, que contribuye en el aporte de las diversas teorías relacionadas con el objeto de estudio y mediante una exhaustiva revisión bibliográfica se seleccionó las más adecuadas para la elaboración del marco teórico y respaldar la interpretación de los datos obtenidos en el diagnóstico y evaluación de la Practica Institucional.

**Método empírico.-** Este método permitió la recopilación de datos mediante los instrumentos administrados, los mismos que transformaron la realidad en el proceso de información, para posteriormente realizar un análisis e interpretación de la práctica.

**Métodos expositivos,** Son aquellos que ofrecen una exposición activa no reproductiva, permitieron desarrollar las actividades informativas y de integración orientadas a fomentar el cambio de ideas y sentimientos entre los participantes. Es válida para diagnosticar los conocimientos y la intervención, por medio del mismo se

expone las actividades a realizar para la superación del paciente. Este método fue utilizado en la intervención psicológica

Las Técnicas, empleadas en el programa de intervención son las siguientes:

**Entrevista clínica,** es una de las técnicas más utilizadas para obtener información fidedigna de la misma fuente, puesto que es un encuentro cara a cara entre el paciente y la practicante, y estuvieron dirigidas hacia la comprensión de sus vidas y sentimientos de los pacientes, la misma se realizó por medio de una guía de entrevista semi-estructurada. La información obtenida proporcionó datos relevantes para el enriquecimiento del informe psicológico

**Psicoterapia,** es un tipo de ayuda en la que un profesional entrenado, utiliza determinados enfoques teóricos y técnicos, para inducir cambios importantes en la conducta y personalidad del paciente. Se tomaron en cuenta las siguientes características: el establecimiento de una relación genuina y cuidadosa con el paciente; ayudar a emprender una autoexploración psicológica; el psicoterapeuta y el paciente deben trabajar en equipo para establecer objetivos cuyo fin es resolver los problemas psicológicos del paciente y mejorar su desenvolvimiento personal; y finalmente enseñar al paciente técnicas para hacer frente a la tensión y controlar su vida de forma autónoma y eficaz.

Para la práctica se tomó en cuenta el enfoque de la terapia cognitivo conductual y la terapia existencial.

**Terapia cognitivo conductual.-** comprender todos los conocimientos, habilidades y técnicas psicológicas capaces de solucionar total o parcialmente aquellas complicaciones psicológicas u orgánicas que se presentan en la evolución y tratamiento de la enfermedad. La Terapia cognitivo-conductual ha demostrado su eficacia para la depresión y la ansiedad, donde su hipótesis central expone que la reformulación de percepciones distorsionadas mejoran las emociones que se asocian a dichas percepciones.



**La terapia existencial.-** ayuda a las personas frente a los problemas de la vida diaria, tales como las dificultades de relación, problemas de ansiedad y los problemas de aceptación del esquema corporal.

**Sesiones Individuales.-** Estas permitieron trabajar los problemas de cada uno de los pacientes quienes fueron capaces de exteriorizar sus conflictos emocionales.

**Entrenamiento en respuestas de afrontamiento,** esta técnica enseñó al paciente a adoptar un espíritu de lucha hacia su recuperación, siendo que la depresión y la ansiedad hacen que disminuya las ganas de luchar y sentirse bien, oponiendo resistencia a la recuperación, desesperación y problemas de ansiedad.

**Expresión de pensamientos negativos.-** Permitió identificar aquellos pensamientos intrusivos como la tristeza, desamparo o nervios, con la finalidad de obtener un control sobre ellos evitando un desajuste emocional y el pensamiento catastrófico.

**Expresión de sentimientos positivos.-** Esta técnica ayudó a los pacientes a no reprimir sentimientos como la ira, frustración entre otros, sino que la acepten y aprendan a canalizar de manera positiva, es decir para su propio provecho y bienestar.

**Entrenamiento en solución de problemas.-** Se orienta al paciente a enfocar los problemas desde dos ángulos: primero; comprender la naturaleza de los problemas y orientar para intentar solucionar la situación problemática y segundo; modificar la forma de reaccionar frente al problema.

**Relajación muscular progresiva.-** Se facilita al paciente el uso de la imaginación por medio de escenas relajantes antes y durante de sus curaciones para evitar la ansiedad y los síntomas ocasionados por la misma.

Los instrumentos utilizados en la práctica fueron los siguientes.

**Escala de Depresión de Beck.-** Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems, que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. Es un instrumento para determinar el grado de depresión.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos, puesto que 15 ítems hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos y aspectos físicos donde los 6 restantes refieren a síntomas somáticos-vegetativos, cuyo objetivo es evaluar el grado de depresión en el cual se ubica un sujeto, no proporciona un diagnóstico.

**0-10 No existe**

**11-20 Ligera**

**21-30 Moderada**

**31-40 Muy alta**

**Más de 41 Extrema**

Este instrumento es uno de los más aplicados para medir el estado de depresión, los síntomas siempre harán referencia a la última semana y al momento actual de la persona.

**Inventario de Ansiedad de Enrique Rojas.-** Esta prueba psicológica se utilizó con la finalidad de valorar el nivel de ansiedad de los pacientes con quemaduras tomando en cuenta sus síntomas psicológicos, de conducta, físicos, intelectuales y asertivos.

Consta de 100 preguntas las cuales se subdividen en cinco subgrupos de 20 preguntas cada uno de ellas presenta la puntuación de sí o no, en caso de respuesta afirmativa se debe valorar el grado de la intensidad de 1 al 4 (donde el 1 es ligera y 4 es intensidad grave). Se expresa mediante una escala puntuación específica indicada por Enrique Rojas (Rojas; E., 1990:30) que es la siguiente:

<b>Banda normal</b>	=	<b>(0-20)</b>
<b>Ansiedad ligera</b>	=	<b>(21-30)</b>
<b>Ansiedad moderada</b>	=	<b>(31-40)</b>
<b>Ansiedad grave</b>	=	<b>(41-50)</b>
<b>Ansiedad muy grave</b>	=	<b>(50 o más)</b>

Este test es una de las pruebas más calificadas, ya que se probó en un gran número de personas y los resultados obtenidos son bastantes certeros, la misma es aplicable de forma grupal como individual y aplicable a toda población, no tiene un tiempo definido para la misma.

**Inventario de autoestima 35B.-** Este es un instrumento que mide el nivel de autoestima de los sujetos, consta de 50 ítems, a los que los sujetos responden a cuatro alternativas con rango de 0 a 3.

**0 = Falso**

**1 = Algo cierto**

**2 = Creo que es cierto**

**3 = Estoy convencido de que es cierto**

Este cuestionario de autoestima comprende 10 rasgos, cada uno con sus determinados niveles, tomando en cuenta las cuatro categorías que son: *Autoconocimiento*, grado en que la persona conoce sus potencialidades y rendimientos, *autoconcepto*, que se refiere a una serie de creencias acerca de uno mismo, se manifiesta en la conducta, *autoevaluación*, catalogada como el grado en que la persona se evalúa a sí misma y finalmente el *autorespeto*, que es el grado en que la persona reconoce y acepta su propia valoración.

**Las escalas en las que mide son:**

La escala de autoestima comprende diez rasgos cada uno con sus determinados niveles:

**Óptimo (61 – 75)**

**Bajo (-1...-15)**

**Excelente (46 –60)**

**Deficiente (-16...-30)**

**Muy Bueno (31 – 45)**

**Muy bajo (-31...-45)**

**Bueno (16 – 30)**

**Extrema (-46...-60)**

**Regular (0 – 15)**

**Nulo (-61...-75)**

Este cuestionario por su eficacia es uno de los más utilizados, no tiene un tiempo límite de aplicación puesto que depende de la agilidad de la persona, esta prueba es aplicable a la población adolescente y también adulta.

Cada persona elige su respuesta en función de cuan verdadero o falso era el enunciado que se le presenta. Para lo cual asignan un valor de acuerdo a su elección personal. En función a los valores asignados a cada enunciado, se realizará una sumatoria de los ítems tanto pares como impares, del total de la sumatoria de “pares” se resta el total de la sumatoria “impares”.

El puntaje obtenido en el inventario es comparado con la escala de autoestima que comprende de diez rangos, en la cual el puntaje posibilitará determinar el nivel de autoestima de cada sujeto. (Alcántara, 1999: 2-3):

#### **5.4. CONTRAPARTE INSTITUCIONAL**

Para el desarrollo de la P.I. el Instituto Marianne Glahn proporcionó:

- La población: perteneciente a los pacientes internos con quemaduras del instituto, la misma que es necesaria para la ejecución del plan de intervención.
- Supervisión: a cargo de la licenciada en enfermería y de los doctores especializados en quemaduras.
- Un ambiente físico para la realización del plan de trabajo.

**CAPÍTULO VI**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS**  
**RESULTADOS**

## **VI. Presentación y Análisis de los Resultados**

En el siguiente capítulo se presentarán los resultados obtenidos según el proceso efectuado en la PI en el Instituto del Quemado Marianne Glahn.

- Presentación de informes psicológicos por caso.
- Desarrollo y sistematización del programa de intervención.
- Presentación y análisis de la evaluación de los resultados.

### **6.1. FASE 1:**

#### **INFORME PSICOLÓGICO N°1**

##### **1. DATOS PERSONALES**

**Nombre:** G.N.

**Fecha de nacimiento:** 03 de diciembre de 1988

**Edad:** 26 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Concubina

**Grado de instrucción:** Básico

**Ocupación:** Labores de casa

##### **2. ANTECEDENTES GENERALES**

Paciente perteneciente a la provincia Sud Chichas de la localidad de Tupiza del departamento de Potosí, refiere que vive con su pareja hace tres años en la casa de sus padres en Tupiza y como resultado de esa unión tienen una hija de dos años.

Actualmente su pareja se dedica a trabajar como chofer de buses y la paciente, antes de su accidente, se dedicaba a los quehaceres de su hogar hasta el momento del accidente que fue por la explosión de una garrafa. Manifiesta que al ingresar a su

habitación no se había percatado del olor a gas que había en su cocina, lugar donde había ingresado a preparar el desayuno para su hija, la niña se encontraba junto a ella, y de tal modo ambas resultaron lesionadas. Ocurrido el hecho fueron rescatadas por sus vecinos y llevadas inicialmente al Hospital de Tupiza y luego fueron trasladadas a la unidad de quemados en la ciudad de Tarija, en enero del 2014, presentando quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo siendo las partes de su cuerpo afectadas el rostro, cuello, antebrazos, manos y espalda. A la vez manifiesta que su hija presentaba quemaduras de primer grado en su rostro, manos y pies, estando internada por un periodo de dos semanas y que actualmente se encuentra viviendo en Tupiza con su abuela, madre de la víctima.

### **3. TÉCNICAS APLICADAS**

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS**

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa a la paciente afligida, triste y con llanto manifestando que nunca se había imaginado pasar por esta situación en el cual ha perdido todas sus cosas materiales y que a la vez su hija resultó lastimada, indica que se siente culpable por lo sucedido.

Por otro lado manifiesta preocupación por su estado, teme presentar alguna limitación física por sus heridas y no valerse por sí misma al querer realizar sus actividades, ya que el tiempo anterior a su accidente menciona haber tenido una vida tranquila, sin temores y se miraba como cualquier otra persona normal, pero después de lo sucedido manifiesta sentir miedo a ser rechazada por su pareja y convertirse en un estorbo. Asimismo expresa sentir preocupación por su hija y su madre al estar junto a ellas y no tener contacto.

Actualmente la paciente cuenta con la ayuda de su pareja quien por motivos de trabajo la visita de vez en cuando y que no cuenta con ningún otro familiar quien la visite. Refiere sentirse sola, desamparada y triste por la situación que atraviesa.

**Escala de depresión de Beck.-** La paciente se encuentra en un estado de depresión alta (32 puntos) lo que evidencia que está atravesando por sentimientos de inferioridad, tristeza y frustración, debido al estado delicado en el que se encuentra, hecho que afecta a su imagen corporal y calidad de vida.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** La paciente evaluada presenta un nivel de ansiedad alta (43 puntos) lo que evidencia que presenta síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, interfiriendo de forma aguda en su recuperación con sentimientos de amenaza o temor en relación a la situación que se encuentra atravesando y el entorno que le rodea.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima la paciente obtuvo una puntuación (-12 puntos) lo que evidencia una autoestima baja, por lo que no posee una adecuada autovaloración de sí misma. Existe una tendencia a conservar una imagen negativa de ella, generando un auto rechazo de sí misma, mostrando una falta de agrado por su vida y viéndose débil para afrontar situaciones nuevas.

## **5. CONCLUSIONES**

A través de los datos percibidos podemos concluir que la paciente presenta una ansiedad alta y un estado depresivo alto presentando características de pesadumbre e inestabilidad emocional debido al evento traumático vivido, el mismo que le provoca tristeza y frustración, donde teme afrontar su actual estado físico, debido a la quemaduras, con miedo a ser rechazada por el entorno que lo rodea.

Por otro lado la paciente vive en una sensación de vacío en cuanto a su proceso de recuperación y presenta desánimo hacia su vida. Asimismo presenta una baja autoestima de no poseer una adecuada valoración de sí misma.



## INFORME PSICOLÓGICO N° 2

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** S.A.

**Fecha de nacimiento:** 26 de Febrero de 1980

**Edad:** 34 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Casada

**Grado de instrucción:** Intermedio

**Ocupación:** Labores de casa

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Cercado, refiere que vive con su esposo hace 15 años en su propia casa donde hace un año atrás no mantiene una buena relación, tiene tres hijos un varón de 12 años y dos mujeres de 4 y 5 años, su esposo trabaja de policía y la paciente, tiempo anterior a su accidente, se dedicaba a los quehaceres de su hogar y que en sus tiempos libres se dedicaba a la venta de refrescos hasta que ocurrió el accidente por quemadura de liquido caliente (agua hervida). Manifiesta que la olla en la que preparaba sus refrescos resbaló de sus manos y se volcó sobre su cuerpo, afectando la parte inferior del mismo, Asimismo menciona que en el momento del hecho se encontraba sola, siendo ella misma quien acudió al hospital y fue trasladada a la unidad de quemados en marzo del 2014, por presentar quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo en las piernas, rodillas y pies.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.

- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

#### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS**

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista la paciente se mostró triste e intranquila, manifestando preocupación por su estado y sintiéndose culpable por lo sucedido, lo que se puede evidenciar cuando afirma: *“si yo hubiera sido más precavida nada de esto estaría pasando”*. Asimismo manifiesta, con llanto, sentirse afligida por la atención y cuidado de sus hijos, y de la necesidad que pueden pasar durante su ausencia; indica que a su esposo poco le interesa la situación de su familia, siendo él mismo quien la reprochó por lo sucedido, lo que provoca en la paciente angustia y temor.

Por otra parte refiere sentir dolores fuertes en sus heridas por las noches, lo cual no le permite conciliar el sueño. Actualmente la paciente no cuenta con el apoyo de su esposo, tiene la ayuda de un familiar cercano quien la visita de vez en cuando junto a sus hijos.

**Escala de depresión de Beck.-** La paciente se encuentra en un estado de depresión muy alta (38 puntos) siendo que presenta culpabilidad, frustración, tristeza e inferioridad debido a la situación y el entorno que la rodea, se siente inútil, carente de valor, se critica a sí misma por lo sucedido y tiende a centrarse en el lado negativo de las cosas.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** La paciente evaluada presenta un nivel de ansiedad alta con (52 puntos) sintiéndose culpable por su situación, con sentimientos de amenaza o temor en relación a su entorno, mostrando un total desinterés por su aspecto y una total incapacidad para tomar cualquier decisión que la involucre.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** De acuerdo a los datos obtenidos, la paciente presenta un nivel de autoestima deficiente (-22), caracterizándose por no poseer una

adecuada autovaloración a sí misma con una imagen negativa de sí, generando un autorechazo y falta de agrado por la vida.

## **5. CONCLUSIONES**

Después de haber recabado la información necesaria, la paciente se encuentra con un conflicto entre su situación anterior y la actual, presentando dificultad para tomar sus propias dediciones.

Por otro lado presenta sentimientos de inseguridad, tristeza y frustración, teme afrontar su actual situación, donde vive muy al pendiente de las personas que se encuentran a su alrededor, ocasionando que se halle amenazada ante lo que pueda decir o hacer. La paciente vive con una sensación de vacío en su vida mostrando falta de agrado por la vida y débil para afrontar situaciones.

## INFORME PSICOLOGICO N° 3

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** Y.T.

**Fecha de nacimiento:** 15 de Marzo de 1986

**Edad:** 28 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Concubino

**Grado de instrucción:** Primario

**Ocupación:** Ganadero

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Villamontes, refiere que vive con su pareja hace cuatro años en la casa de sus padres, tiene una hija de 3 años, su pareja se dedica a los quehaceres de su hogar y el paciente, tiempo anterior a su accidente, se dedicaba al trabajo de la ganadería.

Relata que se accidentó tras una quemadura con alcohol; manifiesta que un día en el campo junto a su esposa, quemaban las cosas en desuso con una botella de alcohol la cual cayó sobre la parte inferior de su cuerpo.

En el momento del hecho su esposa lo llevó al hospital y luego fueron trasladados a la unidad de quemados de la ciudad de Tarija en junio del 2013, por presentar quemaduras de primer grado, segundo grado y tercer grado en las piernas, rodillas, el fémur y los pies,

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

### 4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa al paciente triste, intranquilo, manifestando su preocupación por la situación que atraviesa, su condición física, delicado de sus heridas, motivos que le provocan angustia.

Por otra parte menciona sentirse cansado, abatido sin ganas de seguir con su tratamiento por el tiempo que lleva internado, Señala que ya lleva dos injertos y esta condición delicada de sus heridas le provocan sentimientos de tristeza. Del mismo modo refiere que, tiempo anterior a su accidente, llevaba una vida tranquila sin miedos y temores, pero después de lo sucedido manifiesta sentirse sin ánimos y débil para enfrentar nuevas situaciones visualizando con desgano y con dificultad las actividades que frecuentaba realizar

Actualmente el paciente cuenta con el apoyo de su pareja que, junto a su pequeña hija, quienes lo acompañan desde el día que se internó y el proceso de recuperación; también recibe ayuda de ciertas instituciones para sus medicamentos y alimentación.

**Escala de depresión de Beck.-** El paciente se encuentra en un estado depresivo alto (36 puntos) lo que evidencia que se encuentra atravesando sentimientos de angustia y frustración debido a su estado delicado, hecho que afecto a su imagen corporal y género, en el paciente, un complejo de inferioridad.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** El paciente evaluado presenta un nivel de ansiedad alta (46 puntos) lo que significa que se encuentra vivenciando sentimientos

de temor e inquietud, debido a su estado delicado, y la mayor parte del tiempo se encuentra ansioso e impaciente

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima el paciente obtuvo una puntuación (-10 puntos) lo que evidencia un autoestima bajo, por lo que presenta una imagen negativa de sí mismo, propenso a los comentarios de otras personas que influyen de manera significativa sobre él, y viéndose débil para afrontar situaciones nuevas.

## **5. CONCLUSIONES**

Después de haber recabado todos los datos pertinentes el paciente presenta un trastorno de afectividad ocasionado por el tiempo de internación en relación a su tratamiento, con características de inseguridad para afrontar situaciones nuevas generándole un cambio importante en su estado emocional, es decir, que existen conflictos internos entre lo piensa y lo que siente, evita tomar decisiones ya que siente que ha cometido bastantes errores en su vida.

Más allá de que siente el apoyo de su familia, piensa que se ha convertido en una carga para su pareja. Vive en un estado de abatimiento, angustia, desánimo y tristeza, por la situación que atraviesa.

## INFORME PSICOLÓGICO N°4

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** J.V.

**Fecha de nacimiento:** 12 de agosto de 1982

**Edad:** 31 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Soltero

**Grado de instrucción:** Básico

**Ocupación:** Albañil

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Cercado refiere que vive con sus hermanos en una casa en alquiler. Manifiesta que tiempo anterior a su accidente, se dedicaba a trabajar de albañil, hasta el momento que ocurrió el accidente.

Menciona que al desempeñar su trabajo, en la edificación de un departamento, no se había percatado de los cables eléctricos de alta tensión que se encontraban a la altura de la obra y a los que hizo contacto, perdiendo el conocimiento por unos segundos luego fue llevado por sus compañeros de trabajo al Hospital Regional San Juan De Dios, luego fue remitido a la unidad de quemados, por presentar quemaduras de segundo grado profundo en las manos, los brazos, y pies.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

#### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS**

**Entrevista clínica.**-Durante la entrevista se observa al paciente tranquilo y confiado respecto a su tratamiento, respondiendo con seguridad a las preguntas que se le realizaba.

El paciente se encuentra con ánimo para realizar actividades nuevas, siendo las mismas la animan para seguir adelante con su tratamiento. Manifiesta en reiteradas oportunidades que extraña trabajar al ritmo con el que lo hacía, siendo que el tratamiento no le permite hacerlo. Por otro lado la paciente manifiesta tener una buena relación hermanos y esto hace que se sienta con ánimos en su recuperación.

Actualmente la paciente cuenta con el apoyo de sus hermanos, quienes lo visitan todos los días, aminándole en su recuperación.

**Escala de depresión de Beck.**- El paciente presenta un estado de depresión moderada (21 puntos) siendo que no se encuentra triste la mayor parte de tiempo, se siente con ánimos seguir realizando las actividades que anteriormente realizaba.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.**- El paciente presenta un nivel de ansiedad moderada (35 puntos) lo que significa que presenta intranquilidad e impaciencia en relación a lo que no puede realizar debido a su situación,

**Cuestionario de autoestima 35B.**- En la apreciación de la autoestima el paciente presenta un nivel de autoestima regular (13 puntos), lo que significa que tiende verse inferior a los demás, propenso a los comentarios ajenos.

#### **5. CONCLUSIONES**

A través de los datos percibidos podemos concluir que el paciente presenta características de ser una persona tranquila, que busca su bienestar personal, siendo que las mismas significan seguridad. Se adapta con mayor facilidad a situaciones



nuevas pero con un poco de dificultad para tomar decisiones, asimismo tienda enfrentar adversidades que pudieran presentarse.

Por otro lado, se encuentra en un estado de optimismo, seguridad y confianza, presentando una buena respuesta emocional frente a las situaciones nuevas, capaz de seguir realizando actividades que realizaba.

## INFORME PSICOLÓGICO N°5

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** M.G.

**Fecha de nacimiento:** 15 de enero de 1996

**Edad:** 18 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Soltera

**Grado de instrucción:** Secundaria

**Ocupación:** Estudiante

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Iscayachi de la ciudad de Tarija, refiere que se encuentra cursando el último año de sus estudios, vive con sus padres y hermanos en su propia casa, sus padres se dedican a la agricultura y la paciente en sus tiempos libres ayuda a sus padres.

Relata que se accidentó al tomar contacto con la corriente eléctrica de alto voltaje. Manifiesta que al volver de su colegio tropezó con unos cables sueltos de alta tensión, que había perdido el conocimiento y que su padre la había encontrado y luego en la había llevado al Hospital San Juan de Dios y fue transferida a la unidad de quemados en marzo del 2014, por presentar quemaduras segundo grado profundo, siendo las partes de su cuerpo afectadas sus brazos, manos y pies,

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.

- Cuestionario de autoestima 35B.

#### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS**

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observó a la paciente tranquila, respondiendo con seguridad a las preguntas que se le realizaba. Menciona que siente mucho dolor en sus heridas y esto hace que sienta intranquilidad en cada curación. Asimismo menciona sentir una gran preocupación por sus estudios, de ser perjudicada en su avance. Menciona que tiempo anterior a su accidente se dedicaba a sus estudios y al deporte, pero después de lo ocurrido manifiesta sentirse triste al verse limitada de realizar las actividades anteriores.

Por otro lado la paciente manifiesta tener una buena relación con sus padres y hermanos, pero señala que en el colegio sus compañeros se burlan de ella, por la forma como se peina con trenzas, esto hace que se sienta triste y a veces sin ánimos para ir al colegio. También refiere que el estar internada se deprime al ver a personas con quemaduras en su rostro.

Actualmente la paciente cuenta con el apoyo de sus padres y hermanos, ellos siendo la visitan todos los días, amándole en su recuperación.

**Escala de depresión de Beck.-** La paciente se encuentra en un estado de depresión moderada (22 puntos) lo que significa que no ha perdido interés por las actividades que realizaba tiempo anterior a su accidente, aunque siente tristeza por aquellas actividades que su estado no le permitirá realizarlas.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** La paciente evaluada presenta un nivel de ansiedad alta (42 puntos) lo que significa que se encuentra sintiéndose preocupada por su estado, vivenciando un sentimiento de temor e inquietud en relación al entorno que la rodea.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima, la paciente presenta un nivel de autoestima baja (-12), lo que significa que se ve insegura de sí

misma, siente preocupación por su estado, notando mayor interés por la opinión de los demás acerca de ella

## **5. CONCLUSIONES**

Se puede indicar que la paciente presenta características de ser una persona insegura de sí misma, siente tristeza por aquellas actividades que ha dejado por su condición física, Tiene dificultades para afrontar la situación por la que atraviesa, necesita la aprobación de otras personas para desempeñar una tarea y sentirse bien con la misma.

Es propensa a los comentarios de los demás, vivenciando un sentimiento de temor y tristeza de su alrededor y le interesa de sobre manera los comentarios de los demás acerca de su persona.

## INFORME PSICOLÓGICO N°6

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** W.T.

**Fecha de nacimiento:** 04 de enero de 1985

**Edad:** 30 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Viuda

**Grado de instrucción:** Básico

**Ocupación:** Comerciante

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente a la localidad de Camargo del departamento de Sucre, refiere que vive con sus tres hijos en la casa de sus padres, manifiesta que su esposo falleció hace dos años en un accidente de tránsito.

La paciente antes de su accidente se dedicaba a los quehaceres de su hogar y a la venta de ropa, hasta el momento del accidente causado por la mala explosión de una garrafa. Manifiesta que al ingresar a su habitación no se había percatado del olor a gas que había en su cocina, lugar a donde había ingresado a preparar el desayuno a sus hijos. Posteriormente sus padres la auxiliaron, llevándola al hospital de forma inmediata y luego fue trasladada a la unidad de quemados la ciudad de Tarija en marzo del 2014, por presentar quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo, las partes de su cuerpo afectadas son: el rostro, cuello, antebrazos, manos y espalda.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

### 4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa a la paciente afligida, triste y con llanto manifestando que nunca se había imaginado pasar por esta situación y el haber perdido todas sus cosas materiales

Por otro lado manifiesta preocupación por su estado, teme presentar alguna limitación física debido a sus heridas y de no ser la misma persona de antes ya que tiempo anterior a su accidente, menciona haber tenido una vida tranquila, sin temores, pero después de lo sucedido manifiesta sentir miedo a ser rechazada por su familia y sientan vergüenza del aspecto de su rostro y de convertirse en el habla de los demás Asimismo expresa sentir preocupación por sus hijos, ya que sus padres son de la tercera edad

Actualmente la paciente cuenta con el apoyo de su hermana mayor, quien permanece a su lado durante su recuperación

**Escala de depresión de Beck.-** La paciente se encuentra en un estado de depresión alta (32 puntos) lo que evidencia que está atravesando por sentimientos de inferioridad, tristeza y frustración, debido al estado delicado en que se encuentra y que afecto a su imagen corporal y calidad de vida.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** La paciente presenta un nivel de ansiedad alta (45 puntos) lo que evidencia que presenta síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, interfiriendo de forma aguda en su recuperación con

sentimientos de amenaza o temor en relación a la situación que se encuentra atravesando, y el entorno que le rodea.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima la paciente obtuvo una puntuación (-15 puntos) lo que evidencia una autoestima baja, por lo que no posee una adecuada autovaloración de sí misma y existe una tendencia a conservar una imagen negativa de ella, generando un auto rechazo de sí misma, mostrando una falta de agrado por su vida y viéndose débil para afrontar situaciones nuevas.

## **5. CONCLUSIONES**

A través de los datos percibidos podemos concluir que la paciente presenta características de ser una persona insegura de sí misma, que toma respuestas inmaduras ante estímulos que la colocan en una situación de confrontamiento de sus miedos, frente sus hijos y el entorno que la rodea.

La paciente que presenta un trastorno de la afectividad, tiene una incapacidad para adoptar un determinado sentimiento afectivo de acuerdo a las circunstancias en las que se encuentra como también presenta un estado emocional inestable asociado a cambios psicofisiológicos.

## INFORME PSICOLÓGICO N°7

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** D.C.

**Fecha de nacimiento:** 02 de junio de 1966

**Edad:** 48 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Casado

**Grado de instrucción:** Secundario

**Ocupación:** Albañil

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Padcaya, refiere que vive con su esposa hace 15 años en su propia casa, tienen una hija de 14 años, su esposa trabaja como profesora y el paciente, tiempo anterior a su accidente trabajaba como albañil.

Relata que se accidentó tras la explosión de una garrafa. Menciona que al ingresar a su cocina no había percibido el olor típico de gas y que lo había confundido con alcohol. Asimismo manifiesta que en el momento de lo sucedido se encontraba con su hija y fue ella quien le ayudó y recurrió a sus vecinos para auxiliarlo y llevarlo al Hospital de Padcaya, de donde fue traslado a la unidad de quemados de la ciudad de Tarija en febrero del 2014, presentando quemaduras de primer, segundo y tercer grado, en todo su cuerpo.

Por otro lado el paciente manifiesta por las noches el dolor de sus heridas es muy fuerte y que no le permite dormir y que por la gravedad de sus quemaduras, sus heridas van a requieren de auto injertos.



### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

### 4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa al paciente triste, intranquilo, manifestando su preocupación por la situación que atraviesa en cuanto a la condición delicada de sus heridas y que le provocan angustia. Del mismo modo manifiesta sentirse preocupado por la situación emocional de su hija.

Por otra parte menciona sentir miedo al rechazo de su esposa, por las quemaduras en su rostro, mencionando que el momento de lo ocurrido se encontraba de viaje, hecho que provoca, en el paciente, sentimientos de tristeza. Del mismo modo refiere que tiempo anterior a su accidente llevaba una vida tranquila sin miedos y temores, pero después de lo sucedido manifiesta sentirse sin ánimos y débil para enfrentar su situación, visualizando con desgano y con dificultad las actividades que frecuentaba realizar

Actualmente el paciente cuenta con el apoyo de su esposa y la de sus hermanos (as) quienes lo visitan todos los días y ellos lo animan en su tratamiento. Refiriéndose que extraña la presencia de su hija.

**Escala de depresión de Beck.-** El paciente se encuentra en un estado depresivo alto (33 puntos) lo que evidencia que se encuentra atravesando sentimientos de angustia y frustración debido a su estado delicado siendo la misma que afectó a su imagen corporal y generó en el paciente un complejo de inferioridad.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** El paciente evaluado presenta un nivel de ansiedad alta (44 puntos) lo que significa que se encuentra vivenciando sentimientos

de temor e inquietud, debido a su estado delicado, siendo que la mayor parte del tiempo se encuentra vehemente e intranquilo.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima el paciente obtuvo una puntuación (-12 puntos) lo que evidencia un autoestima bajo, por lo que presenta una imagen negativa de sí mismo., propenso a los comentarios de otras personas que influyen de manera significativa sobre él, y viéndose débil para afrontar situaciones nuevas.

## **5. CONCLUSIONES**

Después de haber obtenido toda la información precisa el paciente presenta características de inseguridad e inestabilidad emocional, tiene dificultad para afrontar su actual situación, en relación a su tratamiento generándole un cambio importante en su estado emocional que el mismo le produce conflictos internos entre lo piensa y lo que siente.

Vive en un estado de abatimiento, angustia, desánimo y tristeza, por la situación que atraviesa y por el cambio en su imagen corporal debido a las quemaduras, mostrándose débil para enfrentar situaciones nuevas y el entorno que lo rodea.

## INFORME PSICOLÓGICO N° 8

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** F. A.

**Fecha de nacimiento:** 20 de enero de 1969

**Edad:** 44 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Divorciado

**Grado de instrucción:** Básico

**Ocupación:** Soldador de Metales

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Cercado refiere, que se encuentra divorciado hace cinco años, tiene dos hijos, uno de 12 y 18 años, ellos que viven con su madre en Santa Cruz y mantienen una buena comunicación con su padre. El paciente tiempo anterior a su accidente, trabajaba como soldador de metales en su propia casa.

Relata que se accidentó tras una mala conexión de cables eléctricos (trifásico). Menciona que al realizar su trabajo no se había percatado de que algunos cables se encontraban sueltos y habiendo hecho contacto provoco una descarga de corriente eléctrica que dañó sus manos. Asimismo indica que en el momento de lo sucedido se encontraba solo y que fue el mismo quien acudió al hospital, luego fue derivado a la unidad de quemados por presentar quemaduras de segundo grado profundo en sus manos. Por otra parte, el paciente manifiesta sentir mucho dolor en sus manos y que por las noches son más fuertes razón por la que no puede conciliar el sueño.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

### 4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa al paciente tranquilo con una buena expresividad al relatar lo sucedido, manifiesta que tiempo anterior a su accidente llevaba una vida normal, dedicándose a su trabajo y que ahora extraña realizar, asimismo visualiza de manera positiva su proceso de recuperación y aquellas actividades que realizaba anterior a su accidente.

Actualmente el paciente cuenta el apoyo de sus hijos, y amistades quienes lo visitan, Refiriendo sentirse con ánimos en su recuperación.

**Escala de depresión de Beck.-** El paciente presenta un estado de depresión ligera (17 puntos) lo que evidencia que no se encuentra triste en la mayor parte del tiempo de su recuperación, aunque no disfruta de las cosas como antes, presenta ánimos para intentar algo nuevo.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-**El paciente evaluado presenta un nivel de ansiedad ligera (22 puntos) lo que significa que sobre lleva pensamientos positivos ante aquellas situaciones que puedan dificultar en su recuperación

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima el paciente presenta un nivel de autoestima regular (14 puntos), lo que significa que siente interés hacia su persona, viéndose capaz para afrontar situaciones nuevas ante los demás.

## **5. CONCLUSIONES.**

Después de haber recabado todos los datos pertinentes podemos concluir que el paciente presenta características de ser una persona tranquila, ante aquellas situaciones nuevas, mismas que significan seguridad de sí mismo.

Por otro lado, se encuentra en un estado de optimismo, y confianza, presentando una buena respuesta emocional por la situación que está atravesando, con ánimos de seguir mejorando en adelante y de seguir realizando sus actividades.

## INFORME PSICOLOGICO N°9

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** V.R.

**Fecha de nacimiento:** 05 de noviembre de 1987

**Edad:** 28años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Casada

**Grado de instrucción:** Licenciada-Farmacéutica

**Ocupación:** Farmacéutica

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Cercado, refiere que vive con su esposo hace dos años en una casa en alquiler, tiene una hija de un mes, su esposo desempeña la labor de abogado y la paciente, tiempo anterior a su accidente, se dedicaba a la atención de una farmacia privada, ella que se encontraba con baja médica debido a su estado de gestación hasta que posteriormente dió a luz a su primogénita. El accidente ocurrió tras la explosión de una garrafa, ella manifiesta que no había percibido el olor a gas que había en su cocina, lugar a donde había ingresado a preparar la su alimentación diaria de su hija. Asimismo refiere que en el momento del accidente fue auxiliada por su tía, quien fue a visitarla, y que la llevó a la unidad de quemados en marzo del 2014, por presentar quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo en la gran mayoría de su cuerpo como ser: el rostro, antebrazos, manos, espalda, piernas, rodillas y pies.

Por otro lado la paciente manifiesta que no puede conciliar el sueño por las noches, debido al dolor intenso de sus heridas y que las mismas son fuertes a la hora de su curación.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

### 4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista la paciente se mostró afligida e intranquila manifestando preocupación por su condición delicada, por la situación de no poder estar con su bebé y de la responsabilidad que significa para su esposo, considerando que el trabaja.

Asimismo manifiesta sentir miedo a que su esposo la rechace por sus quemaduras en su rostro y el entorno que la rodea, ya que su preocupación pasa mayor tiempo expuesta en contacto con la gente y esta situación lo provoca tristeza. Menciona que, tiempo anterior a su accidente, tenía una vida tranquila, sin prejuicios y temores en donde la miraban y se miraba como cualquier otra persona normal, pero después de lo sucedido manifiesta sentirse sin ánimos hacia las actividades que realizaba con miedo a convertirse en un estorbo para su esposo y ser rechazada por su condición física.

Actualmente la paciente cuenta con el apoyo de su esposo y la de su tía, quienes la visitan todos los días y de vez en cuando junto a su bebe, siendo ellos quienes la animan en su recuperación.

**Escala de depresión de Beck.-** La paciente presenta un estado de depresión muy alta (35 puntos) debido a la situación que está atravesando, siendo que la misma afecta a su imagen corporal y proyecto de vida, lo que generó en la paciente un complejo de inferioridad, sentimientos de tristeza y frustración por su situación actual.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** La paciente presenta un nivel de ansiedad grave, (43 puntos) lo que evidencia que se encuentra vivenciando sentimiento de tristeza y angustia de temor en relación a su situación y entorno que la rodea.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima la paciente presenta un nivel de autoestima deficiente (-25 puntos) lo que significa que siente inseguridad respecto a sí misma y viéndose débil para afrontar situaciones.

## **5. CONCLUSIONES.**

La paciente presenta características de ser una persona insegura de sí misma, para afrontar nuevas situaciones, tiene una dificultad para adaptarse a su actual estado físico, la misma que utiliza como impedimento para continuar con sus actividades que realizaba antes.

Por otro lado las situaciones nuevas vienen a significar miedo y angustia. Se encuentra vivenciando un sentimiento de abatimiento y tristeza por su actual estado y situación que atraviesa en cuanto al entorno que la rodea.



## INFORME PSICOLÓGICO N°10

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** J.U.

**Fecha de nacimiento:** 12 de abril de 1983

**Edad:** 31 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Casada

**Grado de instrucción:** Licenciada en Trabajadora Social

**Ocupación:** Trabajadora social.

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Cercado, refiere que vive con su esposo hace seis años en la casa de su madre, juntos a sus 2 hermanos menores, tiene una hija de 5 años, su esposo desempeña el trabajo de militar y la paciente tiempo anterior a su accidente desempeñaba la labor de trabajadora social en una institución privada. Asimismo se hacía responsable del cuidado de la salud de su madre y de la educación de sus hermanos, hasta el momento del accidente causado por una explosión de una garrafa.

Manifiesta que al preparaba la alimentación para su familia no había percibido el olor a gas que había en ese instante en su cocina. Del mismo modo refiere que en el momento del hecho fue ayudada por su madre y quien a la vez la llevó a la unidad de quemados en marzo del 2014 por presentar quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo en la gran mayoría de su cuerpo como ser: el rostro, antebrazos, manos, caderas, piernas, rodillas y pies.

Por otro lado la paciente manifiesta, sentir mucho dolor en sus heridas, siendo que el mismo tiende agudizarse por las noches.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica
- Escala de depresión de Beck
- Test de ansiedad de Enrique Rojas
- Cuestionario de autoestima 35B

### 4. INTERPRETACION DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa a la paciente afligida e intranquila con llanto manifestando preocupación por su estado y por el dolor de sus heridas. Asimismo manifiesta angustia por la salud y cuidado de sus hermanos y de la responsabilidad que esto significa para su esposo, considerando que trabaja.

Por otro lado manifiesta sentir miedo de presentar alguna limitación física, de ser rechazada por su esposo y amigos por las quemaduras en su rostro, lo que generó en la paciente tristeza. Del mismo modo manifiesta preocupación por su trabajo durante su recuperación y el mismo que es necesario para el sostén de su familia y tratamiento de la paciente y su madre.

En la actualidad la paciente cuenta con el apoyo de su esposo quien la visita todos los días junto a su hija y quienes lo alientan en su recuperación.

**Escala de depresión de Beck.-** La paciente presenta un estado de depresión muy alta (32 puntos) lo que evidencia por estar atravesando sentimientos de tristeza, melancolía, frustración y de inferioridad debido a su estado y entorno.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** La paciente presenta en un nivel de ansiedad alta (42 puntos) lo que significa que se encuentra vivenciando sentimiento de temor e inquietud en relación a su situación, tratamiento de sus heridas. y entorno que la rodea.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima la paciente presenta un nivel de autoestima deficiente (-22), lo que significa que no posee una adecuada valoración de sí mismo, se encuentra propensos a los comentarios ajenos debido a que su imagen fue dañada por las quemaduras.

## **5. CONCLUSIONES**

A través de los datos percibidos podemos concluir que la paciente presenta características de ser una persona insegura e inestable emocionalmente, puede dejarse influir con facilidad por las opiniones de otras personas.

Presenta labilidad emocional, tensión, disminución de la respuesta emocional y disminución de las capacidades psíquicas y físicas que impiden su recuperación, mostrando desanimo hacia la vida..

## INFORME PSICOLOGICO N°11

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** C.H.

**Fecha de nacimiento:** 16 de noviembre de 1960

**Edad:** 54 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Casada

**Grado de instrucción:** Básico

**Ocupación:** Comerciante

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al departamento de Potosí, refiere que vive con su esposo hace 30 años en su casa propia, tiene 6 hijos y se encuentran viviendo en Mendoza-Argentina. En la actualidad su esposo desempeña la labor de profesor y la paciente, antes de su accidente, se dedicaba al comercio hasta que tuvo el accidente por tránsito. Menciona al retornar de su viaje de Mendoza hacia la ciudad de Tarija, chocaron con una vagoneta y por el impacto del golpe se incendió el auto en el cual quedo atrapada. Asimismo manifiesta que en el momento del hecho el chofer del auto fue quien la ayudó, posteriormente llevarle al Hospital de Bermejo de donde fue trasladada a la unidad de quemados de la ciudad de Tarija, en marzo del 2014, por presentar quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo en la gran mayoría de su cuerpo como ser: el rostro, antebrazos, manos, espalda, piernas, rodillas y pies.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.

- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

#### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS**

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista la paciente se mostró afligida manifestando con llanto por la situación que atraviesa y el hecho de haber perdido todas sus pertenencias en el accidente. Asimismo menciona sentirse angustiada por la condición delicada de sus heridas y que la misma para su recuperación necesita de injerto.

De la misma forma manifiesta sentir miedo al rechazo de esposo por las marcas de las quemaduras en su rostro y de la responsabilidad que esto significa para él. Menciona que, tiempo anterior a su accidente, tenía una vida normal sin temores pero después de lo sucedido manifiesta sentirse sin ánimos y con miedo a convertirse en un estorbo para su esposo y ser rechazada por su entorno. A la vez manifiesta que no puede dormir por las noches debido a la preocupación de sus heridas y dolor frecuente de la misma.

Actualmente la paciente cuenta con el apoyo de su hija quienes la visitan de vez en cuando en compañía de su nieta.

**Escala de depresión de Beck.-** La paciente presenta un estado de depresión muy alta (35 puntos) lo que evidencia que presenta sentimientos de tristeza, frustración y pesimismo debido a su estado delicado y que la misma afectó a su imagen física lo que generó en la paciente un complejo de inferioridad. y susceptibilidad.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** La paciente presenta un nivel de ansiedad alta (44 puntos) lo que significa que se encuentra vivenciando sentimiento de angustia, desasosiego y temor en relación a su situación que atraviesa.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima la paciente presenta un nivel de autoestima baja (-13), lo que significa que no posee una

adecuada autovaloración de sí misma, sintiendo inseguridad y débil para afrontar una nueva situación.

## **5. CONCLUSIONES.**

Después de haber obtenido toda la información necesaria la paciente presenta características de ser una persona insegura, que vive con una sensación de vacío en su vida, débil para afrontar nuevas situaciones, tiene una dificultad para adaptarse a su actual estado físico, Vive en un estado de pena, abatimiento, pesimismo y desesperación constante, con una disminución persistente de su respuesta emocional.

Por otro lado se encuentra con un trastorno de la afectividad, manifestando tristeza vital, labilidad emocional, tensión, desanimo y miedo, sintiéndose incapaz para afrontar su actual situación.

## INFORME PSICOLÓGICO N°12

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** R.H.

**Fecha de nacimiento:** 26 de marzo de 1974

**Edad:** 40 años

**Sexo:** Femenino

**Estado civil:** Divorciada

**Grado de instrucción:** Básico

**Ocupación:** Comerciante

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Yacuiba, refiere que vive con sus dos hijos en su propia casa, los mismos que se encuentran estudiando en la universidad, está separada de su esposo hace dos años atrás, pero recibe ayuda con una mensualidad para las necesidades de sus hijos.

Manifiesta que, tiempo anterior a su accidente, se dedicaba al comercio y a la atención de su propia tienda en su casa. Se accidentó tras la explosión de una garrafa, en el que manifiesta que en el momento de lo ocurrido se encontraba preparando pan, no dándose cuenta en ese instante de la fuga de gas. Asimismo manifiesta que en el momento del hecho se encontraba sola y fueron sus vecinos quienes acudieron ayudarlo, posteriormente llevarlo al Hospital de Yacuiba, lugar de donde fue transferida a la unidad de quemados, en abril del 2014, con quemaduras de primer grado superficial y segundo grado profundo, en el rostro, brazos, piernas y rodillas.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

### 4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa a la paciente afligida, triste y reservada para relatar aspectos de su vida, indicando *“no sé qué decir, yo no me imaginaba esto”*, en donde explica que siente mucho miedo por su estado, en el que menciona que nunca tuvo un accidente grave como el que está pasando, siendo la misma le provoca preocupación en cuanto a su aspecto físico por las quemaduras en su rostro y por el entorno que lo rodea, siendo muy sensible a los comentarios ajenos, a la vez manifiesta que después de su accidente de no ser la misma persona donde tenía muchas ganas de seguir realizando las actividades, valiéndose sola por sí misma, Por otra lado manifiesta preocupación por sus hijos en cuanto a sus necesidades

Actualmente la paciente cuenta con la ayuda de su ex esposo, quien por motivos de trabajo la visita de vez en cuando y no cuenta con otro familiar quien la visite. Del mismo modo refiere que la atención en el servicio es buena, tanto del personal, como de la gente de afuera, que las visitan.

**Escala de depresión de Beck.-** La paciente presenta un estado de depresión muy alta, (35 puntos) siendo que su estado le genera inferioridad e inseguridad por lo que no siente ánimos para realizar actividades, generando a la vez sentimientos de tristeza y frustración por su condición.



**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** Presenta un nivel de ansiedad grave (45 puntos) lo que significa que siente miedo y preocupación por su actual situación, presentando sentimientos de inquietud, tensión y dificultad para dormir.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** Se encuentra con una evaluación de -22 puntos lo que significa que se encuentra con autoestima deficiente, siendo que ha perdido total interés por su persona, teniendo dudas por cada situación que debe tomar.

## **5. CONCLUSIONES**

Después de haber recabado toda la información necesaria la paciente presenta características de ser una persona insegura de sí misma, con inestabilidad emocional debido al evento traumático vivido y por la situación que atraviesa, vive en un estado de decaimiento, pesimismo y abatimiento constante en relación a su estado y a su imagen corporal

Presenta dificultad para adaptarse a situaciones nuevas, como para afrontarlas y es susceptible a los comentarios de otras personas. Por otro lado se encuentra Vivenciando sentimientos de frustración y angustia.

## **INFORME PSICOLOGICO N°13**

### **1. DATOS PERSONALES**

**Nombre:** E.G.

**Fecha de nacimiento:** 17 de enero de 1963

**Edad:** 52 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Casado

**Grado de instrucción:** Básico

**Ocupación:** Soldador de metal

### **2. ANTECEDENTES GENERALES**

Paciente perteneciente al municipio de Cercado refiere que vive con su esposa hace 25 años en su propia casa, tienen 4 hijos, tres mujeres y un varón, su esposa desempeña la labor de ama de casa y el paciente, tiempo anterior a su accidente trabajaba como soldador de metales. Indica que se accidentó con el arco eléctrico debido a una mala conexión de cables trifásicos. El hecho ocurrió en su casa cuando realizaba su trabajo y fue llevado por su esposa al Hospital Regional San Juan De Dios. Luego fue remitido a la unidad de quemados, por presentar quemaduras de segundo grado profundo en las manos y pies. Por otro lado manifiesta no tener suficiente dinero para el tratamiento de sus heridas,

### **3. TÉCNICAS APLICADAS**

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

#### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS**

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa al paciente tranquilo y confiado respecto a su tratamiento, respondiendo con seguridad a las preguntas que se le realizaba.

El paciente se encuentra optimista en relación a su tratamiento y a las actividades que realizaba antes de su accidente. Manifiesta en reiteradas oportunidades que extraña trabajar al ritmo con el que lo hacía, siendo que el tratamiento no le permite hacerlo, pero si le genera ánimos para continuar adelante.

Actualmente, el paciente cuenta con el apoyo de sus hijos y amistades de su alrededor que lo visitan todos los días.

**Escala de depresión de Beck.-** El paciente presenta un estado de depresión moderada (18 puntos) siendo que no se encuentra triste la mayor parte de tiempo, se siente con ánimos seguir realizando las actividades que anteriormente efectuaba.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** El paciente presenta un nivel de ansiedad moderada (31 puntos) lo que evidencia que presenta inquietud e impaciencia en relación a lo que no puede realizar debido a su situación,

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la apreciación de la autoestima el paciente presenta un nivel de autoestima regular (10 puntos), lo que significa que tiende a sentirse inseguro en sus decisiones y acciones, siente culpa por la situación y las opiniones acerca de su aspecto.

#### **5. CONCLUSIONES**

A través de los datos percibidos podemos concluir que el paciente presenta características de ser una persona tranquila, que busca su bienestar personal, siendo que las mismas significan seguridad. Se adapta con mayor facilidad a situaciones

nuevas pero con un poco de dificultad para tomar decisiones, asimismo tienda a enfrentar adversidades que pudieran presentarse.

Por otro lado, se encuentra en un estado de optimismo, seguridad y confianza, presentando una buena respuesta emocional frente a las situaciones nuevas, capaz de seguir realizando actividades.

## INFORME PSICOLÓGICO N°14

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** A.C.

**Fecha de nacimiento:** 11 de Marzo de 1964

**Edad:** 50 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Casado

**Grado de instrucción:** Secundario

**Ocupación:** Albañil

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Yacuiba, refiere que se encuentra casado hace 25 años con su esposa, tiene tres hijos, dos varones y una mujer, ellos se encuentran estudiando, y que toda su familia pertenece a una iglesia evangélica. Manifiesta que su esposa se dedica al comercio y el paciente, antes de su accidente, se dedicaba a trabajar de albañil, hasta el momento que ocurrió el accidente. Menciona que al desempeñar su trabajo, en la construcción de un colegio, no se había percatado de los cables eléctricos de alta tensión que se encontraban a la altura de la obra y a los que hizo contacto, perdiendo el conocimiento por unos segundos luego fue llevado por sus compañeros de trabajo al Hospital de Yacuiba, lugar del cual fue trasladado a la unidad de quemados en Tarija, por presentar quemaduras de segundo grado profundo en las manos, los brazos, el tórax y pies.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.

- Cuestionario de autoestima 35B.

#### **4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS**

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista el paciente se encuentra preocupado por su estado, pero menciona que durante su proceso de tratamiento pondrá de su parte para una pronta recuperación. Manifiesta que trata de no darle mucha importancia a la situación, ya que solo se trata de un mal momento que todos pasan, menciona que siempre ha sido una persona sociable y activa, que visualiza las cosas de manera positiva, lo cual hace que se sienta con ánimos de seguir adelante y con mucho entusiasmo de continuar realizando las actividades anteriores a su accidente y las cosas que la vida le ofrece, asimismo mencionó sentirse orgulloso de sí mismo y de las cosas que ha ido logrando, refiere no sentirse culpable por la situación que atraviesa.

Actualmente cuenta con el apoyo de su familia, compañeros de trabajo y amigos de su iglesia, quienes lo visitan, a la vez tiene una buena relación con el personal del servicio, tanto médico como enfermeras. Refiriendo sentirse con ánimos en su recuperación

**Escala de depresión de Beck.-** El paciente presenta un estado de depresión ligera (15 puntos) lo que evidencia que no se encuentra triste la mayor parte del tiempo, siendo que las actividades que realiza y su interés por las mismas no han sido modificadas por su estado, trata de mantener su energía elevada, restando importancia a su situación

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** El paciente presenta un nivel de ansiedad ligera (26 puntos) lo que significa que su mayor miedo es de presentar alguna secuela en la cabeza en cuanto a su memoria.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** El paciente en la valoración de la autoestima obtuvo (28 puntos) lo que significa que se encuentra con autoestima buena, por lo

que la imagen que tiene de sí mismo es positiva, sintiendo gran orgullo por sus actividades y habilidades.

## **5. CONCLUSIONES**

Se puede inferir que el paciente presenta características de ser una persona segura de sí mismo y de las actividades que desempeñaba antes de lo sucedido, se adapta con una facilidad a situaciones nuevas y tiende a afrontar adversidades que pudieran presentarse.

Se encuentra en un estado de confianza, optimismo y sensación de bienestar psicológico, presentando buena respuesta emocional a la situación que está atravesando, sintiendo agrado por la vida,

## INFORME PSICOLÓGICO N°15

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** M.G.

**Fecha de nacimiento:** 30 de Enero de 1936

**Edad:** 60 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Casado

**Grado de instrucción:** Básico

**Ocupación:** Rentista

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente a la provincia Sud Chichas de la localidad de Tupiza del departamento de Potosí, refiere que vive con su esposa hace 30 años, tienen 4 hijos dos mujeres y dos varones, mismos que son profesionales.

Relata que tiempo anterior al accidente vivía con su esposa en el campo, donde se dedicaban al cultivo de frutas y verduras hasta el momento que sucedió el accidente debido a una explosión de una garrafa. Menciona que al ingresar a su habitación, en la que se encontraba su cocina, no había percibido el olor a gas, asimismo refiere que en el momento del hecho su esposa acudió a prestarle ayuda apagando el fuego de su cuerpo con agua y siendo ella misma quien lo llevó al Hospital de Tupiza, y fueron transferidos a la unidad de quemados de la ciudad de Tarija, en abril del 2014, por presentar quemaduras de segundo grado superficial y segundo grado profundo, en la mayor parte de su cuerpo.



### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica
- Escala de depresión de Beck
- Test de ansiedad de Enrique Rojas
- Cuestionario de autoestima 35B

### 4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista se observa al paciente con una expresividad emocional conservada, con una capacidad de contención y tolerancia a la frustración, donde manifiesta que no se imaginaba pasar por esta situación y en la cual perdió todas las pertenencias de su hogar.

Por otro lado el paciente manifiesta sentirse angustiado por la situación de su estado, siendo que desde su accidente señala sentir un fuerte dolor en la parte de su pecho de manera frecuente, asimismo menciona sentirse preocupado por las marcas de las quemaduras en su rostro y por los comentarios de su alrededor, a la vez se siente con ánimos para seguir realizando todas aquellas actividades que desempeñaba anterior a su accidente.

Actualmente el paciente cuenta con el apoyo de su esposa y la de sus hijos quienes viven en la provincia y lo acompañan de manera habitual en su recuperación, Refiriéndose no sentirse solo por la situación que atraviesa.

**Escala de depresión de Beck.-** El paciente presenta un estado de depresión moderada (25 puntos) lo que evidencia que se encuentra atravesando por sentimiento de tristeza por la situación de su estado, sin embargo aun encuentra satisfacción por las actividades que realizaba, tiene miedo afrontar su aspecto físico y de no volver a ser como antes.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** El paciente evaluado presenta un nivel de ansiedad moderada (32 puntos), por lo que siente miedo y angustia por su situación

actual, manifestando problemas físicos como ser: dolor de sus lesiones y conductuales como ser: moverse de un lado a otro por el dolor de sus heridas.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** El la valoración de la autoestima el paciente presenta un nivel de autoestima baja (-13), siendo que tiende a sentirse inferior respecto a los otros, aunque trata de sentirse bien, existen momentos en que no lo siente, y le interesa de sobre manera los comentarios de los demás acerca de su persona.

## **5. CONCLUSIONES**

Luego de haber recabado todo el dato perteneciente podemos inferir que el paciente presenta características de inseguridad, asimismo se encuentra viviendo sentimientos de angustia y miedo por la situación de su estado, por lo que las situaciones nuevas vienen a significar preocupación, siendo a la vez que presenta ánimos por aquellas actividades que realizaba tiempo anterior a su accidente.

Por otro lado presenta sentimientos de ser una persona insegura de sí mismo, que vive muy al pendiente de las personas que se encuentran a su alrededor, ocasionando que se halle amenazado ante lo que puedan decir o hacer.

## INFORME PSICOLOGICO N°16

### 1. DATOS PERSONALES

**Nombre:** A.T.

**Fecha de nacimiento:** 14 de Febrero de 1972

**Edad:** 42 años

**Sexo:** Masculino

**Estado civil:** Casado

**Grado de instrucción:** Bachiller

**Ocupación:** Albañil

### 2. ANTECEDENTES GENERALES

Paciente perteneciente al municipio de Cercado, refiere que vive con su esposa hace 20 años en su propia casa, tiene tres hijas, las mismas que se encuentran estudiando, su esposa se dedica a los quehaceres de su hogar y el paciente, tiempo anterior a su accidente, se dedicaba a trabajar de albañil.

Relata que se accidentó, por el contacto con cables eléctricos de alta tensión, menciona que al realizar su trabajo no se había percatado de los cables sueltos que se encontraban en la parte superior de la edificación. Manifiesta que el momento del incidente había perdido el conocimiento por unos segundos y que sus compañeros de trabajo lo habían ayudado y de tal manera llevado al Hospital regional San Juan de Dios del cual fue transferido a la unidad de quemados, en febrero del 2014, por presentar quemaduras de segundo grado superficial en la parte superior de la cabeza y segundo grado profundo, en los brazos, manos, rodillas, y pies.

### 3. TÉCNICAS APLICADAS

- Entrevista clínica.
- Escala de depresión de Beck.
- Test de ansiedad de Enrique Rojas.
- Cuestionario de autoestima 35B.

### 4. INTERPRETACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS APLICADOS

**Entrevista clínica.-** Durante la entrevista el paciente se mostró intranquilo, manifestando preocupación por su estado delicado y por la situación que se encuentra atravesando en relación a la parte económica, refiere que no cuenta con suficiente dinero para la compra de sus medicamentos y esta situación le origina tristeza.

Asimismo menciona que tiempo anterior a su accidente, se encontraba en un buen estado, trabajaba y sostenía a su familia, pero después de lo sucedido manifiesta sentirse angustiado de no poder trabajar, de la responsabilidad que tenía ante su familia, siendo la misma de pasar alguna necesidad durante su recuperación, la misma que le provoca angustia.

Actualmente el paciente cuenta con el apoyo de su familia, quienes lo visitan todos los días y lo que hace que se sienta con ánimos en su recuperación.

**Escala de depresión de Beck.-** El paciente se encuentra en un estado de depresión moderada (23 puntos) lo que evidencia que presenta sentimientos de tristeza y angustia debido al estado que se encuentra atravesando y por aquellas actividades que solía realizar, de las cuales no ha perdido el interés.

**Test de ansiedad de Enrique Rojas.-** El paciente evaluado presenta un nivel de ansiedad moderada (32 puntos) lo que significa que se encuentra ansioso y preocupado en relación a la situación que se encuentra atravesando.

**Cuestionario de autoestima 35B.-** En la valoración de la autoestima el paciente obtuvo una puntuación (13 puntos), lo que evidencia un autoestima regular, siendo que le interesa de sobre manera los comentarios de los demás acerca de su persona y tiene deseo de sentirse apoyado por los demás ante aquellas situaciones nuevas.

## **5. CONCLUSIONES**

Después de haber recabado toda la información necesaria podemos inferir que el paciente presenta un estado depresivo moderado, y un nivel de ansiedad moderada, presenta sentimientos de tristeza y angustia debido al estado que se encuentra atravesando y la nueva situación personal que le impide realizar las actividades que solía realizar antes de su accidente.

Por otro lado presenta un autoestima regular, inseguro de sí mismo, que vive con una sensación de sentirse apoyado por su entorno que lo rodea. Siendo que a la vez vive muy pendiente de las personas que se encuentran a su alrededor

### **6.1.1. Análisis e Interpretación de los resultados**

Las quemaduras representan una crisis en la vida de las personas, asociados a una experiencia de sufrimiento y vulnerabilidad, que afecta no solo la calidad de vida sino en algunos casos la supervivencia de los pacientes. Además de las limitaciones físicas y secuelas aparecen en función de la gravedad o extensión de la quemadura, de su localización y visibilidad, presentan diferentes alteraciones emocionales como tristeza, depresión, ansiedad, baja autoestima, alteraciones de la imagen corporal y aislamiento social que pueden ser más o menos intensas y frecuentes, en función también de la evolución que siga el proceso de curación y de las secuelas que se puedan generar. En procesos largos y graves, que requieran varias o continuas intervenciones quirúrgicas, puede derivar en una situación de agotamiento físico y emocional.

Con una intervención psicológica adecuada puede producirse un cambio positivo de patrones emocionales, estilo de vida para el paciente y si este proceso de transformación es sostenido, contribuye a eliminar síntomas psicológicos persistentes sobre la vinculación entre estrés, depresión, ansiedad, autoestima.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la fase de evaluación inicial, para lo cual se realiza la interpretación de los indicadores más significativos.

## 1.- FASE DE EVALUACIÓN INICIAL: (PRE-TEST)

### CUADRO N° 1

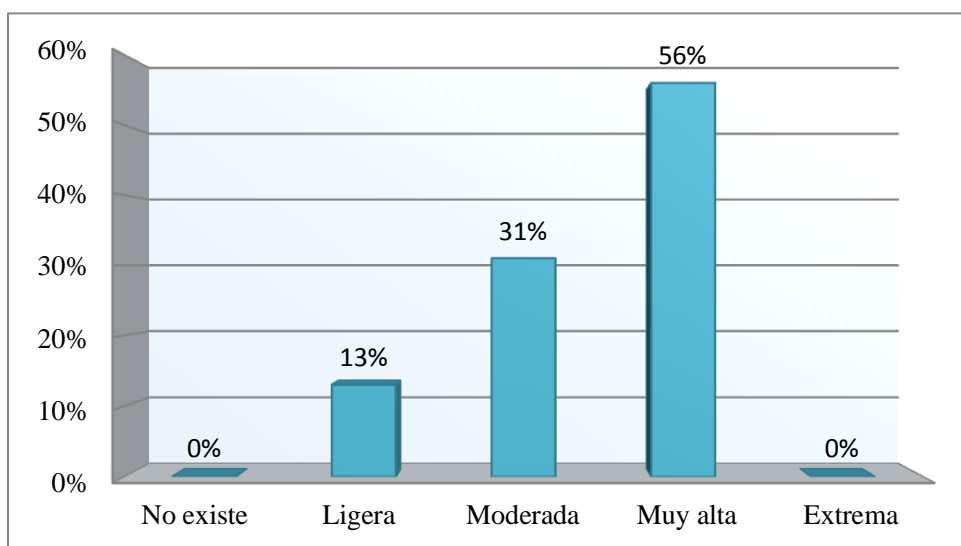
#### NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA (INVENTARIO DE BECK)

NIVEL		FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 – 10	No existe	0	0 %
11 - 20	Ligera	2	13 %
21 – 30	Moderada	5	31 %
31 – 40	Muy alta	9	56 %
Más de 41	Extrema	0	0 %
<b>TOTAL</b>		16	100 %

*Fuente: Elaboración propia*

### GRÁFICA N°1

#### NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA



La depresión hace referencia al síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas. Es así que la depresión suele causar grandes sufrimientos en las persona en sus relaciones familiares, sociales y personales.

De acuerdo a las pruebas aplicadas (Ver Cuadro N°1) se puede inferir que un **56%** de la población afectada por quemadura se encuentra en un **estado de depresión muy alta**; lo que significa que la mayoría de los pacientes presentan, tristeza, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, episodio de llanto, insomnio, irritabilidad, preocupaciones somáticas y pérdida o incremento de apetito, siendo que el grado de energía física y emocional es mínimo.

Por otra parte un **31%** de los y las pacientes se encuentran con un estado de **depresión moderada**, lo que significa que los pacientes, si bien no se encuentran en un estado de depresión crítico, presentan algunos de los sentimientos como la tristeza, frustración, intranquilidad y preocupación, debido a su estado delicado y proceso de recuperación.

Por otro lado un **13%** de la población presenta un estado de **depresión ligera** lo que significa que estos pacientes presentan estados de angustia y tristeza con una menor carga emocional que con el transcurso del tiempo pueden convertirse en un estado de ánimo normal.

Po lo tanto se puede evidenciar que la depresión está asociada al sufrimiento de los pacientes con quemaduras Todos los síntomas encontrados en los pacientes con quemaduras están relacionados a una sensación de fracaso como persona y miedo por su actual situación presentando llanto, insomnio, irritabilidad constante, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, insatisfacción de las cosas, pérdida o incremento del apetito, se sienten descontentos de sí mismos. Estos síntomas se traducen en sentimientos de tristeza, angustia y frustración por su condición delicada en el que encuentran, lo que hace que impida al paciente recuperarse e ingrese en un estado de depresión.



## CUADRO N° 2

### NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA

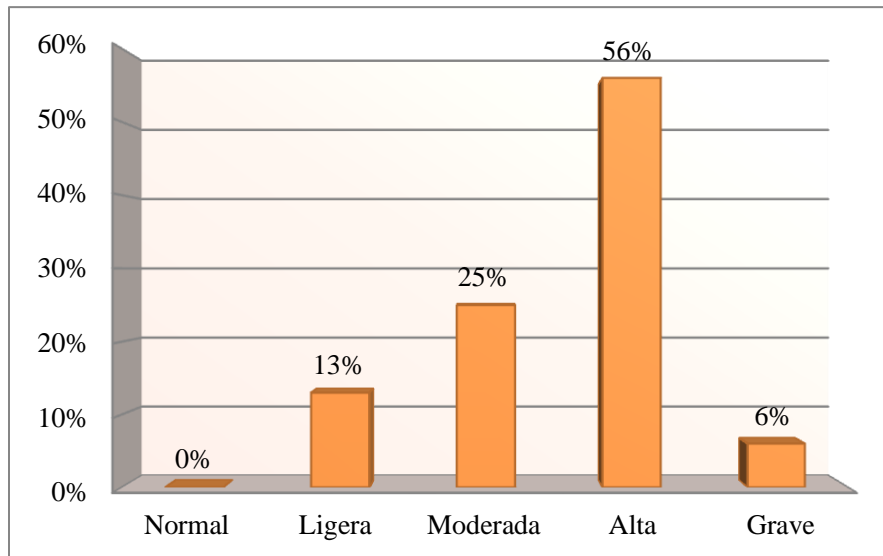
(PRE-TEST)

ESCALA	NIVEL	INVENTARIO DE ROJAS	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-20	Normal	0	0%
21-30	Ligera	2	13 %
31-40	Moderada	4	25 %
41-50	Alta	9	56 %
51 o más	Grave	1	6 %
<b>TOTAL</b>		16	100%

*Fuente: Elaboración propia*

## GRÁFICA N°2

### NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA



La ansiedad, hace referencia a la respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y asertiva caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada. De allí que las personas con quemaduras generalmente se encuentran en un estado de excitación emocional, inquietud interior, aprehensión, preocupación, expresiones que crean una sensación de impotencia que afecta la marcha cotidiana de la vida.

Bajo este marco de referencia y partiendo de un análisis del nivel de ansiedad de los pacientes con quemaduras (Ver Cuadro N°2) se evidencia que un **56%** presenta un nivel de **ansiedad alta** lo que significa que la mayoría de los pacientes presentan síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, con mayor excitación emocional experimentada por sensaciones de impotencia, inquietud interior, aprehensión, irritabilidad, tristeza alteración del sueño, preocupación, dificultad para respirar, opresión en él la zona del pecho, pérdida del apetito, deshidratación del cuerpo, temblores de las manos, pies, piernas y mareos, los mismos que interfieren en su recuperación y forma de afrontamiento a su situación

Mientras que un **25%** presentan un nivel de **ansiedad moderada**, lo que significa que los pacientes con quemaduras presentan algunas de las manifestaciones de los síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, siendo los mismos síntomas que visualicen con tristeza y desanimo aquellas actividades cotidianas que realizaban anterior a su accidente.

Por otra parte un **13%** presenta un nivel de **ansiedad ligera**, lo que significa que los pacientes sobrellevan respuestas positivas ante el estrés y ante aquellos síntomas ansiosos con ideas o pensamientos positivos que dificulten su situación,

Como se puede observar en la investigación la ansiedad tiene un alto grado de asociación con el sufrimiento de los pacientes quemados. Esta emerge porque la persona experimenta el trauma como una situación peligrosa que hace surgir temor o miedo ante el tratamiento y dolor de sus heridas, que afectan no solo su condición de vida, sino a supervivencia y forma de afrontamiento a su actual situación.

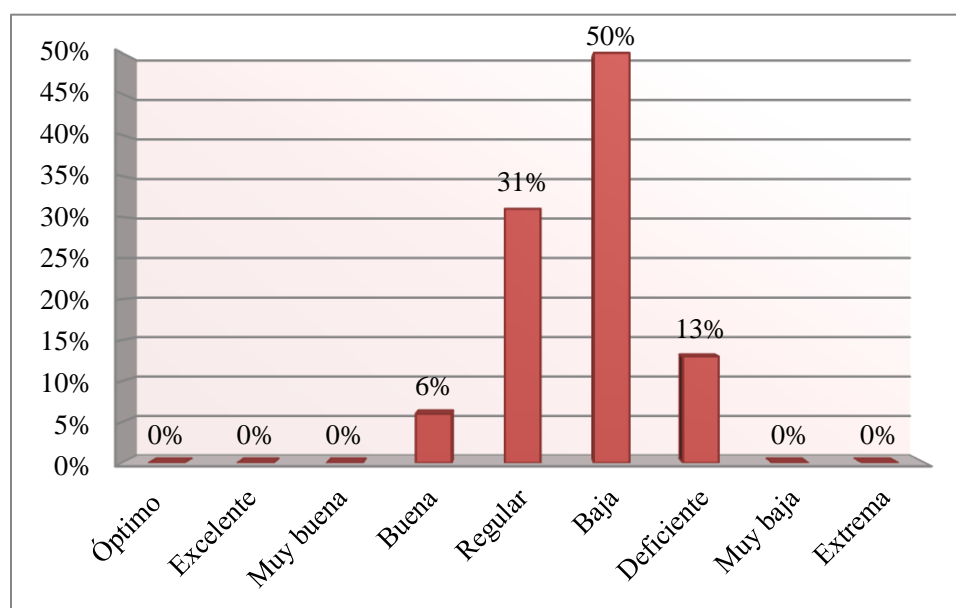
Por otra parte los pacientes con quemaduras, sienten miedo a perder el control de las funciones de su cuerpo, miedo al rechazo de su pareja, familias y sociedad por su condición física, otros pueden sentir pánico, como si hubieran perdido el control de sus vidas, temor a empeorar o a convertirse en una carga para su familia, así mismo sienten preocupación por su trabajo y actividades que realizaban antes de su accidente.

**CUADRO N° 3**  
**NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO**  
**DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA**  
**(PRE-TEST)**

NIVEL DE AUTOESTIMA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
61 – 75	Óptimo	0	0 %
46 – 60	Excelente	0	0 %
31 – 45	Muy buena	0	0 %
16 – 30	Buena	1	6 %
0 – 15	Regular	5	31%
-1... -15	Baja	8	50 %
-16... -30	Deficiente	2	13 %
-31... -45	Muy baja	0	0 %
-46... -60	Extrema	0	0 %
-61... -75	Nula	0	0 %
<b>TOTAL</b>		16	100 %

*Fuente: Elaboración propia*

**GRÁFICA N°3**  
**NIVEL DE AUTOESTIMA EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL**  
**INSTITUTO DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE**  
**TARIJA**



La autoestima es catalogada como la actitud de aceptación de uno mismo; la suma integrada de nuestra forma de pensar, amar, sentir, la confianza y respeto hacia la manera de ser particular de cada individuo; así como la aceptación del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran la personalidad.

El problema de la autoestima es frecuente en pacientes con quemaduras, cuando la imagen es alterada surge un importante cambio en su persona y se ve obligado a cambiar su estilo de vida, asociados por consiguiente a conflictos emocionales y a una gran carga afectiva de difícil manejo por las implicaciones sociales, frente a su nuevo aspecto y capacidad de adaptación a una nueva situación.

De acuerdo a los resultados obtenidos (Ver cuadro N°2) se puede establecer que un **50%** de los y las pacientes presentan una **baja autoestima**. Estos datos nos permiten afirmar que estos pacientes tienen un auto concepto, y una autoevaluación negativa de sí mismos generando un auto rechazo de sí mismos. Lo que significa que estos pacientes no sienten aprecio hacia sí mismos, por su condición actual y aspecto físico, y son más propensos a los comentarios ajenos.

Por otra parte se puede evidenciar que un **31%** presenta una **regular autoestima** lo que significa que estos pacientes sienten interés hacia su persona, y se sienten capaces de afrontar su situación ante su persona y los demás

Mientras que un **13%** presentan una **autoestima deficiente**, lo que significa que estos pacientes no se aceptan hacia sí mismos, sienten una irritabilidad constante contra sí mismo con críticas rigoristas dando mayor importancia al entorno que lo rodea.

Por tanto podemos afirmar que los pacientes con quemaduras tienden a verse a sí mismo como inferior o menos que los otros, sienten vergüenza por su apariencia física, son propensos a los comentarios ajenos, muestran falta de agrado por la vida, sienten irritabilidad constante contra sí mismo, como también sienten dudas por las decisiones que deben tomar acerca de su persona, viéndose débil para afrontar situaciones nuevas.

## **6.2. FASE 2: DESARROLLO Y SISTEMATIZACIÓN DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN**

A continuación se menciona el origen del programa de intervención al cual estuvo sujeto el tercer objetivo de la practica institucional de “Implementar un programa de intervención terapéutica a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija, para reducir el nivel de ansiedad, depresión e incrementar la autoestima.

El desarrollo de las sesiones fueron trabajadas de manera individual y de pareja debido al estado delicado de los pacientes.

Por otra parte el material proporcionado por la practicante no fue utilizado de manera directa por el paciente debido a la dificultad que presentaban por los distintos grados y tipos de quemaduras, en especial de los miembros superiores.

### **ACTIVIDADES DEL PROGRAMA EJECUTADO**

#### **SESIÓN N° 1**

**Objetivo:** Establecer el rapport con los pacientes.

**Técnica:** Psicoterapia individual.

**Tiempo requerido:** 20 minutos.

**Material:** Cuaderno y bolígrafo

#### **Actividad N° 1**

Al principio de la intervención se procedió a la presentación general tanto de la practicante como de los pacientes, haciendo conocer los alcances del programa, los objetivos, metodología y frecuencia de las sesiones y la importancia de ser sinceros durante el proceso de intervención.

**Observaciones.-** Al inicio de la presentación del programa se observa que la mayoría de los pacientes muestran timidez, susceptibilidad y desconcierto por el trabajo que se va a desarrollar, siendo para muchos de ellos estar por primera vez frente a un psicólogo, siendo de esta forma que se introdujo la temática de la intervención

## **SESIÓN N° 2**

**Objetivo: Indagar sobre el estado emocional del paciente**

**Técnica:** Psicoterapia Individual

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Cuaderno bolígrafo

**Actividad:** Entrevista inicial

**Procedimiento.-** En esta sesión la facilitadora conversó con el paciente y realizó la entrevista inicial que estuvo enfocada a conocer las circunstancias relacionadas al accidente y con la finalidad de conocer su situación a profundidad.

Del mismo modo se indagó el estado emocional del paciente actual y anterior a su accidente, esto para tener presente aquellas situaciones que puedan entorpecer el proceso terapéutico.

**Observaciones.-** Durante la entrevista se observó la participación de los pacientes al responder las interrogantes, en su mayoría manifestaron tristeza y llanto al momento de relatar su accidente por lo mismo y a consecuencia de lo sucedido sienten angustia, miedo y preocupación por su estado, familia y trabajo, ya que muchos de ellos manifiestan que antes que ocurra el accidente realizaban sus actividades cotidianas con normalidad, pero después de lo sucedido visualizan dificultad para seguir realizando sus actividades, del mismo modo manifiestan no tener dinero suficiente para su tratamiento, sienten temor a convertirse en una carga para sus familias, de presentar alguna limitación física que le impida trabajar y aportar económicamente al

hogar y/o impida movilizarse o valerse por sí mismos. Logrando de esta manera cumplir con el objetivo planteado para esta actividad.

### **SESIÓN N° 3**

**Objetivo: Lograr en el paciente la expresión de sentimientos negativos**

**Técnica:** Psicoterapia Individual

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Actividad:** Expresión de sentimientos

**Procedimiento.-** Se pide al paciente que pueda expresar los sentimientos que presenta en diferentes momentos del día. Una vez descritos sus sentimientos, la facilitadora pide al paciente que pueda describir pensamientos negativos que quizás lo perturban o hacen daño.

La facilitadora anota en el cuaderno aquellas emociones o sentimientos y los pensamientos que condujeron a esas emociones. Una vez identificados sus pensamientos negativos, junto con el paciente se intentan encontrar respuestas más razonables y optimistas a aquellas situaciones. Se da un espacio importante con cada una de los pacientes para permitir la catarsis

**Observaciones.-** La participación individual en cada una de las sesiones fue satisfactoria, los mismos que comprendieron la importancia de exteriorizar sentimientos reprimidos que debilitan aún más su estado psíquico y mental, expresando los siguientes pensamientos

- “Siento que ya no seré la misma persona que antes”
- “Me siento triste al verme en esta situación ”
- “Me siento cansada de permanecer internada ”
- “Como me mirarán los demás”



- “Siento miedo que mi pareja me rechace o se canse de mi”

El análisis cualitativo nos muestra que este espacio fue muy importante para toda la población en estudio, tal como opinan textualmente, esta sesión les permitió expresar sus sentimientos que antes eran reflexionados internamente, pero que a partir de esta técnica pudieron exteriorizar de manera general sus sentimientos. El tiempo y proceso de recuperación produce en los pacientes conflictos emocionales, con sentimientos de minusvalía, sintiéndose como una carga para su pareja y familia, con sentimientos de tristeza, impotencia, frustración y temor a no poder cumplir con aquellas actividades que frecuentaban realizar antes de su accidente, otra preocupación que se identifica claramente tiene que ver con su imagen corporal, angustia de no recuperar su aspecto físico y temor a que queden por siempre visibles las huellas en su cuerpo. Se compromete al paciente a cumplir con la actividad en situaciones que puedan suscitarse posteriormente.

#### **SESIÓN N° 4**

**Objetivo:** Lograr en el paciente se sienta animado mediante sus pensamientos positivos.

**Técnica:** Psicoterapia individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Cuaderno y lapicero

**Actividad:** Exteriorización de pensamientos positivos

Esta sesión fue de manera individualizada con cada uno de los pacientes, se trabajó con todas aquellas situaciones agradables, motivadoras o recuerdos gratos recientes en la que se sentían con buen ánimo y energía, La finalidad de revivir momentos placenteros, fue canalizar aquellos sentimientos positivos cuando tengan sentimientos o un ánimo pesimista ante la vida por la situación actual que están atravesando

**Observaciones.**-La participación de los pacientes fue positiva, ya que en su mayoría, manifestaron sin dificultad aquellos momentos agradables. Fue una de las actividades que mayor participación tuvo, cada paciente expresó sin dificultad momentos de felicidad y alegría, se logró tener diferentes niveles de intensidad en respuestas como ser: lloraron, rieron, suspiraron y sonrieron. Logrando de esta manera una mejor estabilidad emocional en cada uno de los pacientes.

## **SESIÓN N° 5**

**Objetivo:** Lograr que el paciente se plantee soluciones a obstáculos que se puedan dar en el transcurso de su recuperación.

**Técnica:** Psicoterapia individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Hojas de papel bond y lápices.

**Actividad:** Encontrando soluciones positivas

**Procedimiento.**- Se realizó un ensayo imaginando situaciones problemáticas que se puedan presentar en el proceso de recuperación y tratamiento.

Se pidió a los pacientes que pudieran imaginar qué es lo que harían si se diera tal situación, posteriormente se procedió a enseñar al paciente algunas técnicas para que pueda manejar la situación problemática de una manera más positiva y menos estresante para él mismo.

**Observaciones.**- Se alcanzó una buena participación de los pacientes ya que colaboraron con la actividad exponiendo sus ideas y preocupaciones surgidas por el estado y momentos que atraviesan. Las principales preocupaciones están relacionadas al aspecto económico y aspecto físico, siendo algunas frases las siguientes:

- “Que será de mi” “ Ahora que no trabajo “ “que será de mi familia porque yo era el que mantenía la casa ”
- “Tengo miedo a los murmullos de los demás cuando salga del hospital”
- “No cuento con dinero suficiente para pagar los gastos de mi tratamiento porque mi trabajo era del día ”

Se ayudo al paciente con ideas para que él mismo pudiera plantearse soluciones a ciertos problemas, poniendo de su parte con ánimos, fuerza y valor en su recuperación, frases positivas que él mismo paciente puede suministrarse en momentos que así lo requieran.

## **SESIÓN N° 6**

**Objetivo:** Lograr identificar sentimientos negativos, para que pueda proporcionarse ánimo en momentos de tensión.

**Técnica:** Psicoterapia individual

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Hojas de papel bond, lápiz, marcadores, sobre manila.

**Actividad:** Exteriorizando emociones positivas

**Procedimiento.-** En esta sesión se incentiva al paciente para que él mismo realice afirmaciones enfáticas de apoyo hacia sí mismo.

Se pide al paciente que describa situaciones comunes que le causan ansiedad y tristeza y se anota en una hoja. Posteriormente se pide al paciente que exprese mensajes positivos que le gustaría que alguien le dijera en situaciones en las que se siente ansioso o triste, las frases positivas deben ser el doble de aquellas situaciones de ansiedad y tristeza. El terapeuta anota en una hoja; en hojas de colores y con marcadores aquellas frases positivas en relación a cada situación que le brinden ánimo en esos momentos.

**Observaciones.-** La mayoría de los pacientes no manifestaban ninguna dificultad para mencionar situaciones cargadas de ansiedad o tristeza, pero se vieron limitados para expresar afirmaciones positivas.

En las hojas de colores, la facilitadora escribe mensajes positivos que les gustaría que alguien le dijera en situaciones en las que se sienten ansiosos o tristes. Posteriormente se las guarda en el sobre manila y se las obsequia al paciente para que él mismo en momentos de ansiedad y tristeza pueda leerlas, como forma de brindarse ánimo.

## **SESIÓN N° 7**

**Objetivo: Realizar una exploración de los estímulos estresantes previos a la etapa de depresión para reducir la incidencia de la misma.**

**Técnica:** Psicoterapia Individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Cuaderno y bolígrafo.

**Actividad:** Aprendiendo a evitar la depresión

**Procedimiento.-** Por medio de la conversación se trata de averiguar los estímulos previos a la etapa de depresión, ejemplo: el lugar, lo que vio antes, la noticia, etc. Para que a partir de ello y con ayuda del paciente se plantea, estrategias para llevar de mejor manera el evento o tomar conciencia de aquellos estímulos a evitar.

Se anotan en una hoja, todos los estímulos que menciona el paciente en un extremo de la hoja y en el otro lado se anotan varias opciones que puedan coadyuvar al paciente a evitar tal estado.

**Observaciones.-** Con el desarrollo de la actividad se obtuvo una buena participación por parte de los pacientes adquiriéndose respuestas similares. La respuesta más inmediata en responder fueron las siguientes: “Me pone triste el estar internada en el

hospital” “No puedo estar junto a mi familia” “Me siento triste el no poder trabajar” sintiéndose deprimidos. Otros pacientes mencionan sentirse solos sin visitas de sus familiares que les lleva a sentirse deprimidos. Se observa que la mayor fuente de depresión de los pacientes es aquella en la que están involucrados, su entorno llega a ser esencial para su recuperación.

## **SESIÓN N° 8**

**Objetivo:** Lograr que los pacientes aprendan las relaciones entre estrés, salud y bienestar.

**Técnica:** Psicoterapia de pareja.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Papel sábana y marcadores.

**Actividad:** Exteriorizando ideas positivas

**Procedimiento.-** Se expone la temática del día, en esta actividad se utilizó la técnica de la “lluvia de ideas” en la que se pidió a los pacientes identificar las situaciones que les generan estrés, se procedió a anotarlas en la hoja de papel sábana y con la misma técnica se pide a los mismos que brinden soluciones alternativas para el manejo del estrés.

Se anima a los pacientes en la dinámica para que sean ellos mismos quienes brinden las soluciones alternativas en función a vivencias. Luego el terapeuta ordena las ideas y se las presenta a los pacientes.

**Observaciones.-**La participación de los pacientes fue satisfactoria, ya que en su mayoría aportaron sus ideas y de manera voluntaria y otros que necesitaron impulso por parte del terapeuta o compañero de lado. Las respuestas más frecuentes fueron:”.

- “Estar todo el día en cama me genera estrés”.
- “ El saber que estoy internado me genera estrés”
- “No estar en casa, en familia, me estresa”.

Las respuestas obtenidas fueron beneficiosas ya que los pacientes se sintieron en confianza al ayudarse uno al otro. Logrando de esta manera cumplir el objetivo planteado para esta actividad.

## **SESIÓN N° 9**

**Objetivo: Lograr un acercamiento más genuino entre los pacientes**

**Técnica:** Psicoterapia de pareja

**Tiempo requerido:** 60 minutos

**Material:** Cuaderno y bolígrafo.

**Actividad:** Recordando momentos agradables

**Procedimiento.-**El terapeuta puede motivar el ejercicio diciendo: "A diario recibimos noticias, buenas o malas. Algunas de ellas han sido motivo de gran alegría, por eso las recordamos con mayor nitidez. Hoy vamos a recordar esas buenas noticias". Si es necesario el terapeuta realiza un ejemplo con su propia persona para que el paciente se sienta en confianza. En cada ocasión, se pueden aportar opiniones y hacer preguntas.

**Observaciones.-** La participación de los pacientes fue buena, en su mayoría se tuvieron respuestas similares, ya que muchos indicaron que los momentos felices están ligados al estar en familia, nacimiento de un hijo o un cumpleaños festejado, otros mencionaron cuando contrajeron nupcias o cuando realizaron un viaje en familia.

Se evidenció que una minoría de los pacientes sentía cierta incomodidad al compartir su experiencia con otro paciente, presentándose tal situación con mayor frecuencia en varones en relación a las mujeres, ante esta situación recibieron ánimo por parte del terapeuta y de su compañero de lado.

## **SESIÓN N° 10**

**Objetivo:** Lograr que el paciente se relaje mediante la respiración

**Técnica:** Psicoterapia individual

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Cama del hospital y música relajante.

**Actividad:** Relajación consciente

**Procedimiento.**-Facilitando la situación del paciente recostado en la cama, se pide a los mismos colocar una mano en la parte superior del pecho y la otra simplemente debajo de la caja torácica. Esto le permitirá sentir el movimiento del diafragma cuando respira.

Aspira lentamente a través de la nariz a fin de que el estómago se mueva contrario a su mano. La mano en el pecho deberá permanecer tan quieta como sea posible. Se aprieta los músculos del estómago, moverlos hacia dentro cuando exhale. La mano en el pecho superior debe permanecer tan quieta como sea posible.

**Observaciones.**-En esta sesión la participación de los pacientes fue satisfactoria, aunque a un inicio se mostraron inseguros al realizar la actividad ya que muchos de ellos expresaron sentir susceptibilidad en cuanto al movimiento que realizarían, pero con el incentivo de la facilitadora se logró mayor seguridad en cada uno de los pacientes. Una vez finalizada la actividad la mayoría de los pacientes expresaron sentirse tranquilos y relajados, permitiendo descargar esa tensión antes y después de sus curaciones, siendo las mismas que utilizan en el transcurso del día ante aquellas

situaciones que les provoca tensión. Logrando de esta manera cumplir el objetivo propuesto para esta actividad.

## **SESIÓN N° 11**

**Objetivo:** Aprender a manejar el estrés por medio de la técnica de relajación para soltar el músculo cuando está tenso.

**Técnica:** Psicoterapia individual

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Cama del hospital y música relajante.

**Actividad:** Respirar hacia la calma.

**Procedimiento.-** En esta sesión se pide al paciente colocarse en una posición cómoda donde se solicita que vaya tensando cada uno de los músculos y mantenerlos al menos de 2 a 3 segundos. Para una mejor respuesta se solicita al paciente que cuando vaya tensando los músculos piense en una situación que involucra sentimientos negativos y al momento de soltarlos lo hagan pensando en una respuesta positiva como resolviendo el problema.

**Observaciones.-** Al inicio de la actividad muchos de los pacientes no lograron conseguir los lineamientos de la actividad, con la ejemplificación de la facilitadora se logró comprender. Se observa que, en la gran mayoría de los pacientes, al concentrarse en una situación negativa les resultaba más fácil que encontrar una solución positiva. Cuando piensan en una situación con sentimientos negativos se observa una mayor cantidad de energía física en el paciente, Al tensar los músculos, en su mayoría, lo hacían cerrando los ojos y con el puño cerrado, utilizaban este recurso como método de concentración, y al momento de soltar el músculo exhalaban y abrían los ojos.



Se puede afirmar que la actividad fue positiva, ya que permitió al paciente sentirse relajado y tranquilo, ya sea para el mismo antes y después de sus curaciones o ante aquellas situaciones de ansiedad. Asimismo permitió ahondar aun más en la vida del paciente, porque las situaciones atraídas a la memoria permitieron que el paciente verbalice su experiencia y lo que sintió en el momento.

## **CONCLUSIÓN DEL ÁREA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

En base a los objetivos planteados en esta área es posible afirmar que la participación de los pacientes durante las actividades fue buena, siendo que muchos de ellos se comprometieron tanto con las actividades del área como también con el programa de intervención. Se logró que puedan fortalecer la toma de decisiones, las mismas que les permitieron adquirir actitudes de mayor confianza hacia sí mismos, enfrentando a lo que sienten y piensan y valorarse como personas.

En las sesiones efectuadas se utilizaron técnicas de apoyo para el mejoramiento de su afectividad, para que posteriormente los pacientes las realicen en su vida cotidiana, pudieron desarrollar la capacidad de autocontrol de sus emociones.

## **ÁREA DEL AUTOESTIMA**

### **SESIÓN N° 12**

**Objetivo:** Desarrollar en el paciente una valoración propia por medio de la reflexión y análisis la auto-percepción.

**Tecina:** Psicoterapia Individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Cuaderno y bolígrafo.

**Actividad:** Valorándonos

**Procedimiento.-** Se pide al paciente que realice una descripción de diferentes aspectos personales. Se lee en voz alta la descripción y se destaca algunas características en las que el paciente haya exagerado sus debilidades y defectos. Reflexionar sobre ello y pensar cómo podría mejorar. Leer lo que ha escrito y completar la lista con más habilidades.

Se escribe otra lista pidiendo al paciente que exponga su percepción acerca de “lo que los otros observan de su persona”, se registran todas las opiniones, y a su vez se comparan estas con las de sus listas. Resaltando los resultados positivos, logrando que el paciente tenga aceptación por aquellas características y minimizando la importancia de sus defectos.

**Observaciones.-** Se obtuvo una participación favorable por parte de los pacientes. Se observa que un gran número de pacientes tienden a resaltar características negativas y defectos como por ejemplo.

- “Creo que me veo feo/a”
- “ No creo ser el/la mismo/a que antes”

Por otro lado se obtuvieron un pequeño número de características positivas, donde la más destacada fue “No me preocupa mucho mi aspecto físico” “agradezco a Dios por estar con vida”.

En la lista de lo que los otros observan de su persona, los pacientes proyectaban sus deseos sobre los otros, obteniéndose un mayor número de respuestas positivas, aunque hubo algunos que manifestaban que los otros los miran de manera negativa y sintiendo lástima hacia su estado.

## **SESIÓN 13**

**Objetivo: Lograr que el paciente aumente su juicio personal de su propia valía.**

**Tecina:** Psicoterapia individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Cuaderno y bolígrafo.

**Actividad: Conociéndonos**

**Procedimiento.-** Animar al paciente a identificar sus cualidades y puntos fuertes, fomentar el contacto visual para comunicarse e interactuar. Se ayuda al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás hacia su persona.

A partir de ello se establece objetivos realistas y simples para que pueda llegar a aceptar nuevos desafíos. Se orienta al paciente para que sea él mismo quien pueda subministrarse autoafirmaciones positivas con las que se encuentre cómodo.

**Observaciones.-** Se alcanzó una buena participación por parte de los pacientes las respuestas fueron variadas.

Se observó que existe una falencia en cuanto a relaciones interpersonales, llegándoles a costar un poco imaginarse en un grupo de personas y desenvolverse con soltura ante ellos. Se destaca un leve incremento hacia sus cualidades positivas y una aceptación más satisfactoria hacia sí mismo. Algunos pacientes pusieron un poco de resistencia para plantarse objetivos que puedan ayudarle a acrecentar estas relaciones, uno de los objetivos comunes en la mayoría del grupo fue: “Salir de vez en cuando con las amistades que tenía”

Se realiza una lista de afirmaciones positivas para cada objetivo planteado para que pueda subministrarse en momentos que sienta que no puede cumplir con el objetivo. Se observa un compromiso de la mayor parte de los pacientes para la realización de la actividad.

**SESIÓN N° 14**

**Objetivo: Ayudar al paciente a realizar una identificación de su propio estado, mediante la diferencia de una alta y baja autoestima.**

**Técnica Psicoterapia Individual.**

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Hojas bond, bolígrafo.

**Actividad:** Doble personalidad

**Procedimiento.-** Se pide al paciente que manifieste como se siente, piensa y actúa cuando está bien consigo mismo y como se siente, piensa y actúa cuando está mal consigo mismo. Posteriormente se solicita a los pacientes que observen esos dos estados como parte ellos mismos, y con su imaginación den a cada parte un nombre que pueda simbolizarlo, lo que se escribió tratar de identificar el tipo de situaciones, experiencias, personas o eventos que afectan para elevar o disminuir su autoestima.

**Observaciones.-** La participación de los pacientes fue satisfactoria, y se obtuvo una variedad de respuestas. Se observa que la mayoría de los pacientes tienden a resaltar cosas positivas cuando se sienten bien consigo mismos, resaltando sentirse alegres y con muchos ánimos. Por otro lado, cuando piensan y actúan mal consigo mismos mencionan sentirse tristes y sin ánimos.

**.SESIÓN N° 15**

**Objetivo:** Lograr que el paciente a partir de la interacción social obtenga mayor confianza en sí mismo.

**Técnica:** Psicoterapia individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Cuaderno y bolígrafo.

**Actividad:** valores positivos y confianza.

**Procedimiento.-** El paciente manifiesta actividades que solía realizar con su familia y amigos antes de su accidente, a partir de ello incentivar a los pacientes a volver a realizarlas en la medida que se pueda.

En una hoja se anota aquellas actividades y se enumera juntamente con el paciente para ir descartando aquellas que puedan dificultar su recuperación, hasta su completo restablecimiento.

### **Observaciones**

Se notó que la mayoría de las mujeres con familias establecidas no realizaban demasiadas actividades sociales ya que pasaban el mayor tiempo a cargo de su familia, sin embargo otras mujeres realizaban actividades con personas relacionadas a su ámbito laboral. Por otra se observó que los varones preferían actividades deportivas con amistades del ámbito familiar o laboral y en otros casos entre vecinos.

Se notó que los varones prefieren pasatiempos de mayor riesgo para su salud, involucrados entre ellos la alimentación. Muchos prefirieron anotar las primeras actividades que realizarían como las siguientes:

- ✓ “Voy a reunirme con mis primas, antes las invitaba a mi casa pero desde que estoy así ya no tenía ganas de que vayan”.
- ✓ “Trataré de acompañar a mi hija a la iglesia, creo que necesito ir, desde varios meses que no piso para nada la iglesia”.

Se proporcionaron técnicas para que los pacientes puedan desempeñar las actividades seleccionadas, como por ejemplo, antes de reunirse con otras personas los pacientes escriben una lista de temas que pueden tratar en caso que sintieran incomodidades, como también una lista de posibilidades que pudieran darse y frases alentadores que con anterioridad se utilizaron, estos recursos impidieron que la actividad pudiera fracasar.

## **SESIÓN N° 16**

**Objetivo:** Lograr que el paciente pueda fortalecer un concepto positivo de su persona.

**Técnica:** Psicoterapia individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Hojas de papel bond y marcadores de colores.

**Actividad:** valorándonos así mismos

**Procedimiento.-** Se pide a cada paciente que exprese cuatro cosas que realmente le agrada de sí mismo para que el terapeuta las anote y se le pregunta si se sintió apenado con ello, si fue honesto consigo mismo. Se recibe retroalimentación por parte del terapeuta. Si es necesario el terapeuta realiza un ejemplo con su propia persona, para que el paciente se sienta más cómodo para realizar el ejercicio.

Luego se pide al paciente que exprese cuatro cosas de él que agrade a un amigo muy cercano, el terapeuta las lee en voz alta al paciente poniéndose en lugar del amigo. Se pregunta al paciente como se sintió con ello, y por cual sintió más agrado, se explica que las cosas que describió su amigo, son también puntos positivos por los que el paciente debe sentir agrado, ya que se debe valorar los que los demás aprecian de uno mismo.

**Observaciones.-** La participación de los pacientes fue buena, consiguiéndose respuestas significativas de parte de los mismos.

Se observa que a la mayoría de los pacientes, le resulta difícil escribir cosas positivas de sí mismo, al preguntar cómo se sintió, la mayoría expresó sentirse un poco apenados por su situación. Al mismo tiempo indicaron que se sintieron más cómodos conociendo lo que sus amigos piensan de ellos, porque era algo que ya sabían y

aceptaban aquellos aspectos, sentían que era cierto pero aun le resultaba difícil reconocer.

## **SESIÓN N°17**

**Objetivo: Promover en el paciente una reflexión propia mediante la percepción de un video, induciendo cambios en su estado de ánimo.**

**Técnica:** Psicoterapia Individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Video, aparato reproductor, cuaderno y bolígrafo.

**Actividad:** Reflexión consiente

**Procedimiento.**-En esta sesión se conversa con el paciente sobre su actual situación y proceso de recuperación, se muestra un video relacionado con el paciente en relación a sus miedos por las marcas y/o cicatrices en su cuerpo, para que él paciente reflexione ante sus propios prejuicios.

**Observaciones.**-En el desarrollo de la actividad se obtuvo una buena participación de los pacientes, obteniéndose respuestas diferentes entre positivas y negativas como por ejemplo:

- “Puedo hacerme una cirugía ”
- “Tal como soy me tienen que querer”
- “ No me importa lo que opinen de mi”
- “ No creo que sea la misma persona que antes
- “ No tengo dinero suficiente para cirugías caras”

En una gran mayoría los pacientes lograron reflexionar acerca de la situación por la que atraviesan, compartiendo pensamientos y sentimientos positivos con el paciente

de al lado. Otros, por el contrario, manifestaron preocupación de no poder llevar dicha situación por sí mismos y dejarse vencer por la misma.

## **SESIÓN N° 18**

**Objetivo:** Lograr en el paciente una valoración propia de sí mismo.

**Técnica:** Psicoterapia Individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Actividad:** Valorándonos a sí mismos.

**Procedimiento.-** Se realiza la lectura de un cuento de reflexión denominado “la rana y el espejo”, al finalizar la lectura se pide al paciente que exprese lo que sintió y entendió acerca de la historia. Posteriormente se pide al paciente que invente una historia similar a la del modelo, indicando el presente y futuro de un personaje que tiene algo en común con el paciente. Se dio un tiempo para el armado de la historia luego se pidió que la contara.

**Observaciones.-** Se logró una buena participación por parte de los pacientes, ellos pudieron expresar sentimientos de manera espontánea, al finalizar la historia de las ranas, hubo algunos pacientes que manifestaron ser narcisistas en cuanto a su aspecto físico. Asimismo expresaron de manera más genuina, por medio de las historias que inventaron, ya que fueron ellos mismos los protagonistas de su historia, manifiestos por medio de un personaje, que en su mayoría fueron de ficción, donde el personaje presentaba alguna limitación física sufría por el rechazo de sus amigos y familia.

## **SESION N° 19**

**Objetivo:** Lograr que el paciente tenga interés por las actividades de ocio anterior a su accidente.



**Técnica:** Psicoterapia individual.

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** Hojas de papel bond en forma de tabla y marcadores.

**Actividad:** Sentimientos y deseos

**Procedimiento.-** Programar actividades sociales agradables que el paciente realizaba antes de su accidente, en su tiempo libre para ello se le pide ayuda del paciente y ambos elaboran actividades que puedan realizar.

Se pide al paciente mencionar algunas actividades, se evalúa la actividad y se anota en la tabla respetando las opiniones de cada actividad. .

**Observaciones.-** La participación de los pacientes fue buena, se dieron respuestas funcionales pensando en su estado de salud. Algunos expresaron que le resultaría difícil de realizar las actividades que se habían planteado, pero otros manifestaron que realizarían las actividades con mucho cuidado como si fuera una tarea que tenían cumplir.

Al finalizar la actividad, las respuestas fueron beneficiosas ya que se pudo establecer con cada uno, de los pacientes una tabla donde se puso las actividades sociales que se comprometían a desarrollarlas.

## **SESION N° 20**

**Objetivo:** Lograr entre los pacientes una percepción positiva y amplia de sí mismos por medio del conocimiento personal.

**Técnica:** Psicoterapia individual

**Tiempo requerido:** 60 minutos.

**Material:** hojas de papel bond, lapicera del mismo color, pegamento

**Actividad:** ¿Quién soy?

**Procedimiento.-** El ejercicio es ¿Quién soy? Se pide a cada paciente que exprese varias respuestas a ¿Quién soy?, para ir anotándolas en pequeños papelitos de color y luego pegarlas en una hoja blanca de papel bond, como por ejemplo: Soy una mujer, soy un padre, soy católico, etc.

Luego se pide a cada paciente que medite e imagine sobre el contenido de cada uno de los pensamientos que manifestaron en cada papel y que les pregunta que sentirían si soltaran esa parte de su identidad. Posteriormente se discute sobre los temas relacionados.

**Observaciones.-** La participación de los pacientes fue óptima ya que la mayoría pudieron expresar sus sentimientos al dar sus respuestas.

Las respuestas más comunes fueron:

- “Soy un hombre o soy una mujer”.
- “Soy un padre o madre de familia”
- “Soy una persona sensible”.

Algunos de los y las pacientes necesitaron motivación por parte de la facilitadora para animarse a leer las respuestas. Otros prefirieron que sea el terapeuta quien dé lectura a lo redactado, pero por otro lado hubo quienes aun se sentían apenados de reconocer quienes eran realmente y el valor que tenían.

Una vez culminada la sesión la gran mayoría de los pacientes expresaron sentirse bien consigo mismos, logrando de esta forma actitudes de confianza de sí mismos, mejorando su capacidad de enfrentar y exteriorizar lo que sienten y piensan, reconociendo pensamientos y sentimientos, identificando aquellos eventos que les hacen sentirse bien consigo mismos, valorándose y permitiendo tener una visión más positiva como personas,

## **CONCLUSIÓN GENERAL**

En base a todas las actividades realizadas en el área de autoestima se puede decir que el programa ejecutado fue favorable ya que se pudo mejorar el valor personal de cada uno de los pacientes, logrando aceptarse a sí mismos como personas únicas y diferentes, ya que pudieron reconocer su propia persona, cómo son y cómo quieren que los demás los vean, aceptando la situación que están atravesando, y en algunos de los casos mirando un futuro más prometedor en algunos de los casos.

También se trabajó el autoconcepto y la autovaloración, actividad que contribuyó en la toma de decisiones responsables, ahora y en el futuro. De igual forma en muchos de los casos, adoptaron una valoración positiva de sí mismos, expresando aquello a través de frases propias que impulsan una actitud positiva hacia la vida.

### **6.3. FASE 3: EVALUACIÓN**

De manera general se puede concluir que la implementación del programa de intervención a pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija resultó favorable, ya que se pudo coadyuvar al mejoramiento emocional, reducir los niveles de ansiedad, depresión e incrementar la autoestima, facilitando de esta manera un estilo de afrontamiento más positivo hacia su recuperación, como también se fortalecieron los vínculos familiares creando relaciones más cercanas entre los miembros.

Teniendo en cuenta que las quemaduras y el tratamiento generan una crisis en la vida del paciente, este empieza una lucha no solo contra su vida sino también contra sus propios miedos, ya que el paciente se ve forzado a ajustarse a un cambio en su estilo de vida, su imagen corporal y a su funcionamiento social.

Además, la hospitalización, la cirugía, las secuelas de ésta y los posibles cambios en la imagen corporal se tornan en circunstancias difíciles para los pacientes, por lo que el implementar el programa de intervención coadyuvó a paliar de manera significativa estos efectos que se presentan durante todo el tratamiento y proceso de recuperación.

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la fase de evaluación final, para lo cual se realiza la interpretación de los indicadores más significativos.

## 1.- FASE DE EVALUACIÓN FINAL: (POST-TEST)

### CUADRO N° 4

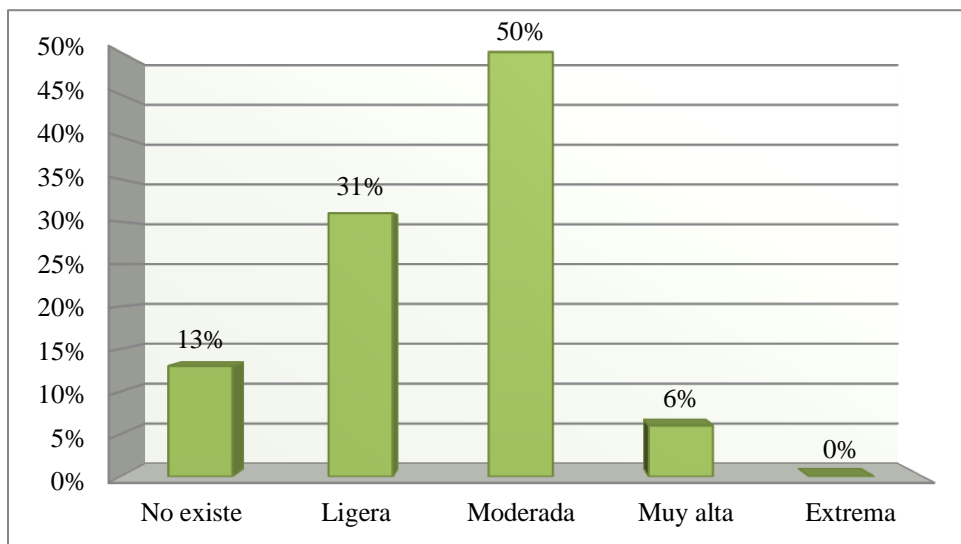
#### NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA (INVENTARIO DE BECK)

NIVEL		FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 – 10	No existe	2	13%
11 – 20	Ligera	5	31%
21 – 30	Moderada	8	50 %
31 – 40	Muy alta	1	6 %
Más de 41	Extrema	0	0 %
<b>TOTAL</b>		16	100 %

*Fuente: Elaboración propia*

### GRÁFICA N°4

#### NIVEL DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA



Según las evaluaciones realizadas al finalizar el programa de intervención, es posible apreciar cambios significativos en relación al nivel de depresión.

Los avances que se tuvieron en cuanto al estado de depresión fueron positivos, (Ver Cuadro N°4) siendo que un **50%** de los pacientes presentan **depresión moderada**, lo que significa que los sentimientos de tristeza, frustración, pesimismo y vacío se han visto reducidos, logrando que los episodios de llanto y tristeza sean menos frecuentes en la vida del paciente, con una comprensión pasiva sobre la situación y proceso de recuperación por el cual atraviesan, adquiriendo mayor estabilidad emocional.

Por otra parte un **31%** presenta **depresión ligera** lo que significa que los estados de tristeza son menos frecuentes, debido a la implementación de las técnicas utilizadas dentro del programa de intervención, adoptando una actitud más positiva frente a aquellas dificultades que puedan interferir en su recuperación, mientras que un 13% no se encuentra en un estado de depresión

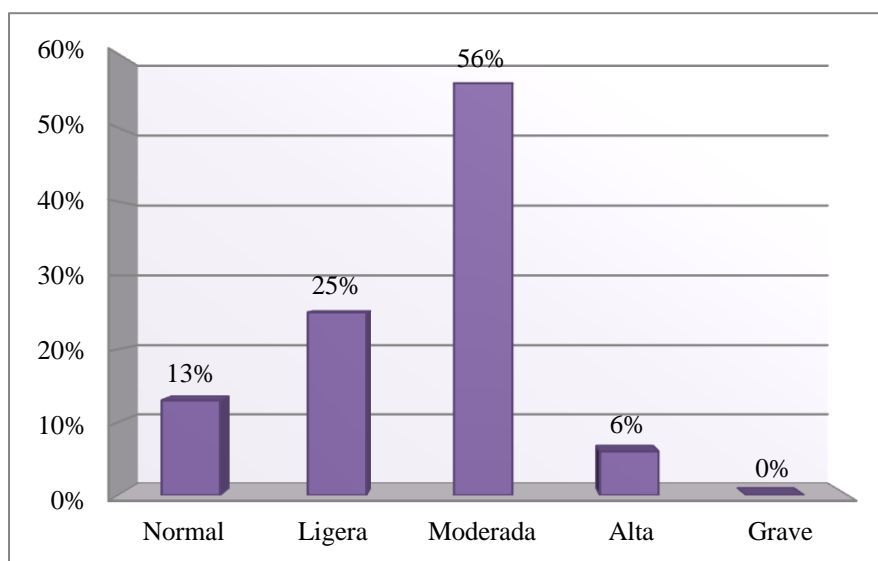
Por lo tanto podemos observar que hubo un incremento significativo en la recuperación de los pacientes con quemaduras, logrando desarrollar la capacidad de hacer frente a las dificultades de la vida, superarlas y transformarlas positivamente, en un sentido de control personal y habilidad para encontrar significado a las experiencias de la vida que se asocian a una mejor salud mental.

**CUADRO N° 5**  
**NIVEL DE ANSIEDAD EN PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO DEL**  
**QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA**  
**(POST-TEST)**

ESCALA	NIVEL	INVENTARIO DE ROJAS	
		FRECUENCIA	PORCENTAJE
0-20	Normal	2	13 %
21-30	Ligera	4	25 %
31-40	Moderada	9	56%
41-50	Alta	1	6 %
51 o más	Grave	0	0 %
<b>TOTAL</b>		16	100%

*Fuente: Elaboración propia*

**GRÁFICA N°5**  
**NIVEL DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO**  
**DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA**



En relación a la fase de evaluación del programa de intervención en la ansiedad, los progresos que se tuvieron en cuanto al nivel de ansiedad (Ver Cuadro N°5) indican que el **56%** de los pacientes presenta una **ansiedad moderada**, lo que significa que los síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos son menos frecuentes en la recuperación del paciente, con pensamientos o ideas positivos sobre aquellas situaciones que puedan provocar dificultad en su recuperación.

Mientras que un **25%** de los pacientes presentan **ansiedad ligera**, lo que se evidencia que las técnicas aplicadas manejan de manera positiva ante aquellas situaciones que provocan estrés y tensión

Asimismo, un **13%** presenta ansiedad normal, siendo que aplican las técnicas aprendidas situaciones que evite el dolor ante aquellas ideas o pensamientos que dificulten su situación, siendo que aplican las técnicas aprendidas durante la intervención en sus actividades cotidianas.

Por lo tanto se puede inferir que se logró reducir los niveles de ansiedad existiendo una mayor tolerancia de los pacientes para afrontar contextos que les suscitaban miedo, adquiriendo una conducta más favorable para manejar situaciones que causan tensión, aprendiendo correctamente a hacer frente al sufrimiento emocional y resolviendo los problemas relacionados con su tratamiento.

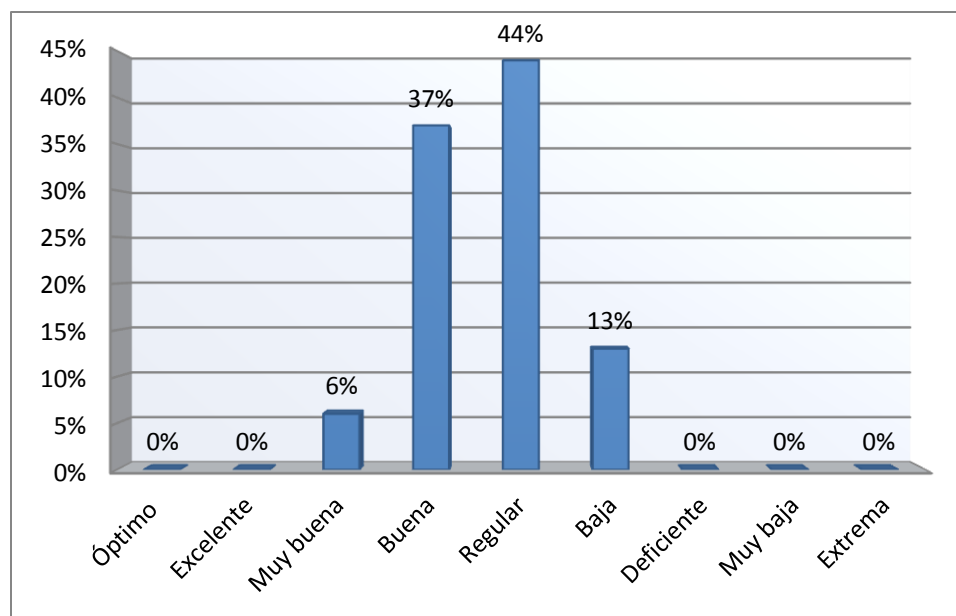


**CUADRO N° 6**  
**NIVEL DE AUTOESTIMA EN PACIENTES INTERNOS DEL INSTITUTO**  
**DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE TARIJA**  
**(POST-TEST)**

NIVEL DE AUTOESTIMA		FRECUENCIA	PORCENTAJE
61 – 75	Óptimo	0	0 %
46 – 60	Excelente	0	0 %
31 – 45	Muy buena	1	6%
16 – 30	Buena	6	37%
0 – 15	Regular	7	44%
-1... -15	Baja	2	13 %
-16... -30	Deficiente	0	0 %
-31... -45	Muy baja	0	0 %
-46... -60	Extrema	0	0 %
-61... -75	Nula	0	0 %
<b>TOTAL</b>		16	100 %

*Fuente: Elaboración propia*

**GRÁFICA N°6**  
**NIVEL DE AUTOESTIMA EN LOS PACIENTES INTERNOS DEL**  
**INSTITUTO DEL QUEMADO MARIANNE GLAHN DE LA CIUDAD DE**  
**TARIJA**



En relación a la fase de evaluación del nivel de autoestima, se puede inferir que (Ver Cuadro N°6) un **44%** de los pacientes presentan **autoestima regular** lo que significa que se logró desarrollar la capacidad de aceptarse como personas únicas y diferentes en relación a sí mismas,

Y un **37%** de los pacientes presentan **autoestima buena** lo que significa, que se logró desarrollar la capacidad de aceptarse como personas únicas y diferentes en relación a sí mismas, que pudieron desarrollar la capacidad de aceptarse a sí mismo y hacia su manera de pensar respecto a su situación y condición de persona y entorno que los rodea.

Así también tenemos que el **13%** presenta una **autoestima baja**, lo que significa que estos pacientes no se aceptan así mismos y a su nueva condición en su aspecto físico y de vida. Y solo un 6% se halla con una autoestima muy buena, valorando así mismos y desarrollando un bienestar personal.

Por lo tanto las evaluaciones del nivel de autoestima fueron significativas, encontrando mayor aceptación de sí mismo, logrando encontrar nuevas alternativas de tratamiento para su forma de vida que pueden hacerles sentir bien consigo mismos y con los demás. Asimismo se pudo contribuir a mejorar aquellos miedos que generan conflictos sociales, alejamiento, hostilidad o sentimientos de inferioridad que les impedía aceptarse hacia sí mismos. Los pacientes con quemaduras con el fortalecimiento de su autoestima, expresan mayor aceptación y adaptación a su situación.

**CAPÍTULO VII**  
**INFORME TÉCNICO**



**LA SUBDIRECTORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL  
HOSPITAL REGIONAL Y LA UNIDAD DEL QUEMADO DEL  
"HOSPITAL REGIONAL SAN JUAN DE DIOS":**

**CERTIFICA :**

Qué la estudiante de la carrera de Psicología **Janeth Aguanta Mamani**, ha realizado una Práctica Institucional de Psicología "**Brindando Apoyo Psicológico a pacientes internados con Quemaduras**", trabajo realizado desde el 05 de marzo al 04 de julio de 2014, cumpliendo con eficiencia las funciones asignadas.

Es cuanto se certifica en honor a la verdad y para los fines consiguientes de la interesada.

Tarija, 8 de julio de 2014

**Dra. Olga Mora Vargas**  
JEFE DE OPTO. DOCENCIA  
E INVESTIGACIÓN  
Hospital Regional "San Juan de Dios"



**Dr. Gilberto Rengel Martinez**  
JEFE UNIDAD QUEMADO  
Hospital Reg. "San Juan de Dios"

**CAPÍTULO VIII**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 8.1 CONCLUSIONES

De acuerdo a la Práctica Institucional las conclusiones se han elaborado siguiendo el orden de los objetivos específicos y objetivo general, de brindar apoyo psicológico a pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija.

Con respecto al primer objetivo, *“Aplicar la entrevista semi-estructurada a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija, para la elaboración de un informe psicológico individual”*.

Las características más relevantes que se pudieron analizar en la **entrevista clínica** a los pacientes, muestran aspectos como: inestabilidad emocional, inseguridad, tristeza vital, labilidad emocional, aflicción, susceptibilidad, sentimiento de inferioridad, pérdida del sentido de la vida e insatisfacción por las actividades que realiza. Así también, sienten vergüenza por su apariencia física, son propensos a los comentarios ajenos, muestran falta de agrado por la vida, como también sienten dudas por las decisiones que deben tomar acerca de su persona,

Segundo Objetivo de *“Evaluar el programa de intervención terapéutica en el nivel de depresión, ansiedad y autoestima de los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija”*.

El **estado de depresión** de los pacientes con quemaduras, presentan un nivel muy alta, se puede observar que la mayoría de los pacientes tienen un estado de ánimo negativo, presentando sentimientos de fracaso, tristeza, angustia, irritabilidad, insomnio, pesimismo e insatisfacción por las cosas anterior a su accidente.

Los pacientes con quemaduras presentan un nivel de **ansiedad grave** con manifestaciones de síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, que muestran fuertes síntomas de irritabilidad, inquietud interior,

aprehensión, tristeza, alteración del sueño, preocupación, los mismos que dificultan su recuperación y la forma de afrontar su situación.

El **nivel de autoestima** de los pacientes es **bajo**, es decir que muestran un auto concepto, y una autoevaluación negativa de sí mismos, sienten una irritabilidad constante contra sí mismos, con críticas rigoristas por su aspecto físico, dando mayor importancia al entorno que los rodea y viéndose débil para afrontar situaciones nuevas.

Los datos cualitativos de la fase inicial de evaluación (pre-test) que muestran mayor relevancia en el plano psicoemocional, son sentimientos de inseguridad y de culpa y bajo nivel de tolerancia a la frustración. Asimismo existen en ellos/as sentimientos de tristeza, sentimiento de inferioridad, insatisfacción y falta de agrado por la vida, aspectos que dificultan su proceso de recuperación porque visualizan con nostalgia, desconsuelo aquellas actividades cotidianas que realizaban anterior a su accidente.

Tercer objetivo, ***“Implementar un programa de intervención terapéutica a los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija, para reducir el nivel de ansiedad, depresión e incrementar la autoestima para su reintegración a la sociedad”.***

La implementación del programa ejecutado, contribuyó a un cambio positivo de los pacientes en la adopción de una actitud más efectiva hacia sí mismos, aprendiendo a identificar conductas, pensamientos y sentimientos positivos en momentos de dificultad, a enfrentar situaciones de prejuicio relacionadas a su actual imagen física, que podrían surgir de otras personas ajenas.

Los y las pacientes que fueron parte de esta investigación, después de la implementación del programa, aprendieron a desarrollar una visión de aceptación saludable de sí mismos, fortaleciendo su capacidad para tomar decisiones y para desarrollar sus habilidades personales, adquiriendo conocimientos y capacidades para aceptarse y sentirse bien consigo mismos, que permitieron tomar actitudes de

confianza de sí mismos, mejorando su capacidad de enfrentar y exteriorizar lo que sienten y piensan, reconociendo pensamientos y sentimientos, identificando aquellos eventos que les hacen sentirse bien consigo mismos, valorándose y permitiendo tener una visión más positiva como personas, donde las sesiones fueron un espacio terapéutico en el cual los pacientes aprendieron a adoptar una actitud más positiva hacia la vida y mejorando su proceso de recuperación.

Cuarto objetivo, *“Evaluar el programa de intervención terapéutica en el nivel de ansiedad, depresión y autoestima de los pacientes internos del Instituto del Quemado Marianne Glahn de la ciudad de Tarija”*.

La evaluación final (post-test), del programa de intervención indica que se logró reducir el nivel de **depresión alta** por una **depresión moderada**, lo que significa que los sentimientos de tristeza, frustración, pesimismo y vacío se han visto reducidos, con una comprensión pasiva sobre la situación y proceso de recuperación por el cual atraviesan, adquiriendo mayor estabilidad emocional, adoptando una actitud más positiva frente a aquellas dificultades que puedan interferir en su recuperación.

En la evaluación de la ansiedad se logró reducir un nivel de **ansiedad alta** por una **ansiedad moderada**, lo que significa que los síntomas físicos, psíquicos, conductuales, intelectuales y asertivos, son menos frecuentes en la recuperación del paciente con ideas positivas y ante aquellas situaciones que puedan provocar dificultad.

Por último, en el incremento de la autoestima, se puede evidenciar que hubo un cambio significativo de una **baja autoestima** por una **autoestima regular**, donde se logró mejorar el autoconcepto, y autoevaluación de los pacientes, desarrollando una capacidad de aceptación hacia sí mismo, y hacia su manera de pensar, sobre su situación, condición de persona y entorno que lo rodea.

La implementación del Programa de Intervención de manera general nos permite concluir que dicho programa resultó favorable, porque permitió reducir los niveles de



ansiedad, depresión y fortalecimiento de la autoestima los que contribuyeron a una mayor satisfacción en la realización de las actividades, proporcionando una experiencia más agradable de las mismas al paciente.

Al producirse un cambio en la perspectiva que el paciente tenía de sí mismo, permitió que se puedan establecer expectativas de vida positivas, tomando sus propias decisiones, permitiéndose desarrollarse como seres únicos y capaces de enfrentar la problemática por la cual atraviesan.

## **8.2. RECOMENDACIONES**

### **A los pacientes:**

- Evitar exponerse a situaciones que dificulte su recuperación.
- Compartir honestamente sentimientos y pensamientos, lo cual les ayudará a su bienestar personal
- Crear una posición de adaptación y ocupación que contribuya a un bienestar emocional en el paciente.
- Establecer metas personales, aprender a llevarlas a cabo y organizar su tiempo, siendo que éstas significan un motivo para mirar hacia adelante.

### **A la institución:**

- La inclusión de un profesional psicólogo en el área de Quemados, que trabaje de manera exclusiva y permanente con los pacientes, para una mejor recuperación y estabilidad emocional.
- La capacitación del personal de la institución sobre el trato adecuado que se les debe brindar a los pacientes con quemaduras antes de ingresar a sus curaciones.
- La formación y capacitación del personal que trabaja con pacientes hospitalizados sobre el trato adecuado hacia los pacientes y familiares.
- La socialización de estrategias al personal del HRSJDD para que puedan ejecutar con mayor eficacia el manejo de la atención física sino también y del área psicoemocional del paciente, con el propósito de mantener su propio bienestar por lo menos mientras dure su internación.
- Trabajar con equipos multidisciplinarios de manera integral, para conseguir una mejor recuperación y buena estabilidad emocional del paciente.

**A futuros investigadores:**

- **Brindar apoyo psicológico** no solo a los pacientes que sufren quemaduras sino también a los familiares, para lidiar con el sufrimiento que atraviesan por sus allegados.
- Implementar estrategias de apoyo para el manejo de los pacientes con quemaduras.
- Desarrollar programas para el control emocional en situaciones de emergencias para los pacientes y familiares.